Agressie in de praktijk van de verzekeringsarts van het UWV

Onderzoeksrapportage vervaardigd in het kader van de opleiding Sociale Geneeskunde voor Arbeid en Gezondheid aan de NSPOH te Amsterdam

Mw. E.A.B. Wekker

Opdrachtgever: dhr. J. Haas, regiomanager AG Friesland UWV

Interne praktijkbegeleider: dhr. J. Prange, verzekeringsarts
NSPOH opleider: dhr. F. van Zwieten, psycholoog

Juni 2006

Samenvatting

Agressie en geweld in de praktijk van de verzekeringsarts is heden ten dage een verschijnsel waar men niet om heen kan. Regelmatig worden verzekeringsartsen geconfronteerd met een vorm van agressie tijdens hun werk. Uit recente cijfers van het meldpunt Integriteit van het UWV waar agressie-incidenten gemeld kunnen worden blijkt van de 91 meldingen uit de periode 1 maart 2003 tot en met 6 april 2006 dat het in 30 keer van de gevallen om een verzekeringsarts ging. Dit betrof meldingen waarbij het ging om bedreigings- en geweldsincidenten.

Het doel van dit onderzoek is om de huidige ervaringen van verzekeringsartsen van het UWV met agressie te inventariseren. Dit onderzoek tracht door middel van een vragenlijst bij verzekeringsartsen van het UWV een antwoord te krijgen op de vragen hoe vaak zijn verzekeringsartsen de afgelopen 2 jaar geconfronteerd met agressie, met welke vormen van agressie hebben ze te maken gehad, hoe gaan ze met agressie om en welke suggesties voor verbetering achten verzekeringsartsen nodig.

Er zijn 316 vragenlijsten verspreid onder verzekeringsartsen van het UWV. Hiervan zijn 109 vragenlijsten teruggestuurd. De response was 34,5%. De vragenlijst bevat vragen met betrekking tot algemene kenmerken van de onderzoeksgroep, vragen over vormen van agressie, vragen over het omgaan met agressie en vragen over suggesties tot verbetering. Na anonieme verwerking konden de volgende conclusies getrokken worden.

De onderzoeksgroep heeft in de afgelopen 2 jaar te maken gehad met de volgende vormen van agressie: intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie, fysiek geweld in de spreekkamer en fysiek geweld buiten de spreekkamer. Driekwart van de respondenten heeft in de afgelopen 2 jaar te maken gehad met intimiderend gedrag door de cliënt. Tweederde van de respondenten heeft in de afgelopen 2 jaar verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt. Meer dan 80 procent van de respondenten heeft in de afgelopen 2 jaar verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie meegemaakt.
Tien procent van de respondenten heeft in de afgelopen 2 jaar fysiek geweld in de spreekkamer meegemaakt en ruim 6 procent van de onderzoeksgroep fysiek geweld buiten de spreekkamer.

Vooral de combinatie intimiderend gedrag en verbale agressie gericht op de persoon komt het meeste voor. Ook de combinatie verbale agressie gericht op de persoon en verbale agressie gericht op de organisatie hebben de meeste respondenten meegemaakt de afgelopen twee jaar. De helft van de respondenten had in deze periode te maken met alle drie de vormen van agressie: intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon en verbale agressie gericht op de organisatie.

Er zijn verschillende emotionele reacties na confrontatie met agressie zoals men is van streek na afloop, hun plezier in het werk heeft er onder te lijden, men was korte tijd uit balans (maar daarna voelde men zich weer als vanouds), men heeft meer zelfvertrouwen, men went aan stress en men voelt zich sterker dan voorheen. De helft van de respondenten werd goed opgevangen door zijn collega´s. Ruim 20 procent gaf aan voldoende ondersteuning te hebben ontvangen van zijn leidinggevende. Meer dan 40 procent gaf aan dat er begripvol werd gereageerd en dat het incident werd besproken. Bij 7 procent werd er nadere actie door de organisatie ondernomen zoals er werd aangifte bij de politie gedaan.

De suggesties voor verbetering omvatten technische maatregelen, organisatorische maatregelen, management maatregelen, cursus omgaan met agressie, maatregelen met betrekking tot communicatie en sanctie maatregelen.

Als belangrijkste aanbevelingen worden gegeven:
Er is een nota Agressiebeleid UWV waarin het UWV breed beleid staat hoe om te gaan met incidenten, geweld en agressie door externe klanten. Het is van belang dat alle verzekeringsartsen en leidinggevenden op de hoogte zijn van deze nota en de maatregelen die genomen dienen te worden bij een confrontatie met agressie.
Er dient voorlichting gegeven te worden aan zowel de verzekeringsartsen als aan de leidinggevenden over de negatieve gevolgen van agressie.
Verzekeringsartsen zullen beter en meer getraind moeten worden om te kunnen omgaan met agressie en weerbaarder te worden. Dergelijke trainingen dienen verplicht gesteld te zijn en periodiek herhaald te worden.
Leidinggevenden zullen getraind moeten worden om een adequate opvang en begeleiding te kunnen geven bij hun verzekeringsartsen die te maken hebben gehad met een agressie-incident.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	**Inleiding**	blz.	5
1.1	Inleiding		5
1.2	Aanleiding onderzoek		5
1.3	Doel van het onderzoek		7
1.4	Vraagstellingen		7
Hoofdstuk 2	**Literatuurstudie**		8
2.1	Inleiding en vraagstelling		8
2.2	Aard en omvang van agressie bij verzekeringsartsen		8
2.3	Oorzaken van agressie bij verzekeringsartsen		10
2.4	Gevolgen van agressie		12
2.5	Preventieve maatregelen en beleid		13
Hoofdstuk 3	**Enkele begrippen**		16
Hoofdstuk 4	**Methode**		18
4.1	Onderzoekspopulatie		18
4.2	Meetinstrument		18
4.3	Stappenplan		19
4.4	Dataverwerking en statistische analyses		19
Hoofdstuk 5	**Resultaten**		21
5.1	Inleiding		21
5.2	Populatiekarakteristieken		21
5.3	Resultaten van de agressie vragen		22
5.4	Samenhang		32
Hoofdstuk 6	**Discussie**		34
6.1	Inleiding		34
6.2	Conclusies en kanttekeningen		34
6.3	Aanbevelingen		38
Dankwoord			40
Literatuurlijst			41

Bijlagen
Bijlage 1: Begeleidende brief vragenlijst
Bijlage 2: Vragenlijst
Bijlage 3: Tabel 12 tot en met tabel 17

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Inleiding

In het kader van mijn opleiding tot verzekeringsarts aan de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) te Amsterdam heb ik in opdracht van mijn regiomanager AG Friesland dhr. J. Haas onderzoek verricht naar agressie, geweld en intimidatie in de praktijk van de verzekeringsarts werkzaam bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV).

1.2 Aanleiding onderzoek

De reden om voor dit onderwerp te kiezen, is dat ik in contact kwam met agressie in de spreekkamer. Enerzijds had ik zelf in het aantal jaren dat ik werkte als verzekeringsarts enkele malen een mildere vorm van agressie meegemaakt tijdens het spreekuur. Anderzijds had ik een naaste collega die met fysiek geweld te maken kreeg en ik zag van nabij wat een impact dit psychisch op de betreffende persoon had. Vervolgens viel mij op tijdens het volgen van een agressiecursus van de NSPOH en een agressiecursus via UWV opleidingen, dat daar meerdere artsen waren die soortgelijke en zelfs ernstigere ervaringen met agressie in hun werk hebben meegemaakt. Agressief gedrag blijkt dus vaker voor te komen dan ik aanvankelijk dacht. We hebben eigenlijk allemaal wel eens een vorm van agressief gedrag meegemaakt in ons werk. Uit gesprekken met collega´s kwam naar voren dat er verschillend over agressie wordt gedacht en dat we ons niet altijd realiseren wanneer we met agressie te maken hebben. Collega´s vertelden over hun ervaringen en waren opgelucht dat het goed was afgelopen. Er was niet altijd melding van het agressie-incident gedaan en er was ook geen sluitend systeem om agressie tegen het UWV te registreren. Vanwege bovengenoemde ervaringen leek het mij belangrijk om te gaan kijken naar agressie binnen onze beroepsgroep.

In de praktijk wordt gezien dat er mede door schuldgevoelens en schaamte niet altijd openlijk over een doorgemaakt agressie-incident wordt gesproken. Alsof er een taboe op ligt. Uit gesprekken met collega´s blijkt ook dat de verzekeringsarts niet altijd adequaat is opgevangen op het werk en dat er heel wisselend mee omgegaan wordt als er een dergelijk incident plaatsvindt. Terwijl medisch bekend is dat een agressie-incident kan leiden tot psychische problematiek of een psychotrauma bij het slachtoffer. Dit kan weer langdurig verzuim en disfunctioneren in het werk tot gevolg hebben. Door het verzwijgen kan de nodige nazorg en begeleiding niet worden gegeven en hierdoor kan het herstel stagneren. Een en ander gaat ook ten koste van het werkplezier. Uit literatuur blijkt dat een adequate opvang op het werk en thuis onmisbaar is bij de verwerking van een psychotrauma. Een zeer belangrijk onderdeel bij de verwerking is de manier waarop het slachtoffer bejegend wordt door zijn omgeving, op het werk en door instanties (Buijssen & Buis, 2003).

Uit literatuuronderzoek en uit eigen praktijkervaring weten we dat verzekeringsartsen regelmatig worden geconfronteerd met een vorm van agressie tijdens hun werk. Er lijkt een tendens te zijn dat agressie steeds meer voorkomt in de spreekkamer van de verzekeringsarts. Dit heeft ook te maken met maatschappelijke ontwikkelingen, zoals een veranderde moraal (o.a. individualisering, ontkerkelijking, etc.) met als gevolg een verruwing van de maatschappij. Eisend, assertief, agressief en gewelddadig gedrag lijken kenmerkend te zijn geworden voor de hedendaagse cultuur (Pijnenburg & Leget, 2005).

Andere mogelijke oorzaken voor het toenemen van agressie gericht tegen verzekeringsartsen kunnen zijn een aantal veranderingen die ten aanzien van de wet- en regelgeving ten behoeve van de arbeidsongeschiktheid hebben plaatsgevonden. Per 1 oktober 2004 is er het Aangepaste Schattingsbesluit (ASB). Dit betreft een eenmalige herkeuring met verscherpte criteria voor de arbeidsongeschikten, die geboren zijn na 1-7-1954.
Per 29 december 2005 is er de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Deze wet vervangt de WAO voor de nieuwe gevallen, ziekmeldingen vanaf 1 januari 2004 en de wachttijd is 104 weken. Deze veranderingen met de strakkere toepassing van wetten en regels kunnen meer agressief gedrag oproepen dan vroeger, doordat nu vaker de uitkering van cliënten wordt verlaagd of beëindigd of het komt niet tot een uitkering volgens de WIA.

Binnen het UWV is men zich er van bewust dat er een tendens is van toenemende agressie gericht op de medewerkers. Begin 2005 is er een UWV breed agressiebeleid met bijbehorend agressieprotocol ingevoerd: te weten nota Agressiebeleid UWV. Binnen het UWV is een apart organisatieonderdeel ingericht het Bureau Integriteit. Het Bureau Integriteit is een expertisecentrum dat de bewustwording van integriteit en integer handelen binnen UWV blijvend activeert. Signalen en vermoedens van schendingen van de integriteit, zoals bij agressie-incidenten, kunnen gemeld worden bij het Bureau Integriteit via het Meldpunt Integriteit. Het is de bedoeling dat incidenten van agressie geregistreerd worden binnen dit meldpunt. Uit recente cijfers van het Bureau Integriteit blijkt dat er in de periode van 1 maart 2003 tot en met 6 april 2006 91 incidenten van agressie en geweld zijn gemeld waarvan 66 meldingen alleen al in het jaar 2005. In 2004 werden18 meldingen gedaan. In het eerste kwartaal van 2006 werden 4 meldingen gedaan. De meldingen die gedaan zijn betreffen heftige gevallen, waarbij het gaat om bedreigings- en geweldsincidenten, waaronder een poging tot moord c.q. doodslag op een verzekeringsarts in november 2005. Van de 91 incidenten betrof het 30 keer (30%) een melding gericht op een verzekeringsarts. De overige 61 incidenten betroffen andere medewerkers.

Als werkgever heeft het UWV natuurlijk ook plichten rondom het bewerkstellingen van een veilige werkomgeving. In 1994 is namelijk het onderwerp "agressie en geweld in de werksituatie" in de Arbowet opgenomen. Op grond van artikel 4, tweede lid, van de Arbowet, dient de werkgever binnen het algemene arbeidsomstandighedenbeleid een beleid te voeren dat gericht is op het beschermen van werknemers tegen agressie en geweld en tegen de nadelige gevolgen daarvan. De Arbowet definieert agressie en geweld als volgt: voorvallen waarbij een werknemer psychisch of fysiek wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van arbeid.

Kortom de kans is groot dat een verzekeringsarts wel eens een keer met agressief gedrag in het werk geconfronteerd wordt. Het kan dan zijn dat deze gebeurtenis door de getroffen arts en zijn omgeving niet herkend wordt als een confrontatie met agressief gedrag. Het is namelijk subjectief of men een gebeurtenis als agressief ervaart en het hangt samen met de manier waarop men naar zichzelf en de omgeving kijkt (Groot, 2002). Agressie is er in verschillende vormen. Agressie kan variëren van een dreigende blik in de ogen tot het laten zien van een wapen aan de arts; van uitschelden, vloeken en schreeuwen tot het fysiek aanvallen van de arts of het meubilair; van het telefonisch of schriftelijk bedreigen van de arts en diens familie tot het fysiek aanvallen van de arts en diens familie in de privé situatie.

In de literatuur worden meerdere definities van agressie beschreven. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de definitie van agressie uit de nota Agressiebeleid UWV. In deze nota wordt agressie als volgt gedefinieerd: "onder agressie en geweld verstaat UWV, voorvallen

waarbij een medewerker fysiek of psychisch wordt bedreigd of aangevallen onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van aan het UWV gerelateerde arbeid. Deze omschrijving van agressie en geweld komt overeen met de omschrijving uit de Arbowet. Voor de indeling van de verschillende vormen van agressie wordt ook gebruik gemaakt van de nota Agressiebeleid UWV.

1.3 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om de huidige ervaring van verzekeringsartsen van het UWV met agressie in kaart te brengen. Door middel van een vragenlijst worden de mate en vormen van agressie bij verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV geïnventariseerd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie, fysiek geweld binnen de spreekkamer en fysiek geweld buiten de spreekkamer. Tevens wordt onderzocht hoe met agressie wordt omgegaan en welke suggesties voor verbetering men nodig acht.

De bredere doelstelling van dit onderzoek is om een aanzet te geven tot een verbetering van de uitvoering van het UWV beleid ten aanzien van agressie en geweld in het werk van de verzekeringsartsen.
Door middel van dit onderzoek worden (aankomende) verzekeringsartsen, stafartsen, regiostafartsen, leidinggevenden en opleiders geïnformeerd over de huidige stand van zaken rondom agressie. Deze informatie kan leiden tot een groter besef, dat agressie in de spreekkamer iets is dat iedere verzekeringsarts kan overkomen. De verwachting is dat men door het onderzoek gaat nadenken over de werksituatie en de veiligheid op het werk. Het streven is dat men zich veilig voelt op het werk.

1.4 Vraagstellingen

1. Hoe vaak zijn verzekeringsartsen de afgelopen 2 jaar geconfronteerd met agressie?

2. Met welke vormen van agressie hebben verzekeringsartsen te maken gehad?

3. Hoe gaan verzekeringsartsen met agressie om?

4. Welke suggesties voor verbetering achten verzekeringsartsen nodig?

Hoofdstuk 2 Literatuurstudie

2.1 Inleiding en vraagstelling

Bij het onderzoek zijn verschillende literatuurbronnen gebruikt. De informatie komt van (wetenschappelijke) literatuur, internet, dagbladen en tijdschriften. De literatuur werd deels opgezocht via de bibliotheek van de NSPOH opleiding en de bibliotheek TNO arbeid, deels verkregen via cursussen, via internet waaronder UWV intranet en via collega´s. Een deel van de artikelen is opgespoord aan de hand van literatuurverwijzingen in eerder verkregen artikelen.

De verschillende vragen die met behulp van literatuuronderzoek geprobeerd worden te beantwoorden zijn:

1. Wat is de aard en omvang van agressie bij verzekeringsartsen?

2. Wat zijn de oorzaken van het optreden van agressie bij verzekeringsartsen?

3. Wat zijn de gevolgen van agressie?

4. Wat zijn er aan preventie maatregelen en wat is er aan beleid inzake agressie?

2.2 Aard en omvang van agressie bij verzekeringsartsen

Alvorens de literatuur te bespreken die specifiek gericht is op verzekeringsartsen eerst het volgende. Agressie en geweld op de werkvloer is niet alleen een probleem van de beroepsgroep verzekeringsartsen. Ook andere bedrijfssectoren worden geconfronteerd met agressie en geweld van klanten. Er kan zelfs gesproken worden van een lichte toename van intimidatie en geweld op de werkvloer. Uit algemene studies blijkt dat er in 1995 en 2000 in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderzoek is gedaan naar de wijze waarop werkgevers omgaan met bepalingen uit de Arbowet. In deze onderzoeken werd onder andere nagegaan hoeveel agressie en geweld voorkomt op de werkvloer en wat werkgevers eraan doen. In 2004 werd dit onderzoek herhaald, zodat de gegevens vergeleken konden worden. Uit het rapport van 2004 blijkt dat werknemers meer last hebben van intimiderend en agressief gedrag van klanten. 27% heeft in 2003 te maken gehad met intimidatie op het werk door klanten ten opzichte van 21% in 2000. Ook lichamelijk geweld is toegenomen van 7% naar 9% (Van Dam & Engelen, 2004). TNO Arbeid volgt sinds 2000 trends in arbeid en arbeidsomstandigheden met behulp van een doorlopend survey-onderzoek onder circa 4000 werkenden. Samen met het Ministerie van Sociale Zaken is TNO Arbeid in 2003 gestart met de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden, een onderzoek onder een representatieve steekproef van 10.000 werknemers. Uit deze surveys blijkt dat er inderdaad een stijging valt waar te nemen van het percentage werknemers dat aangeeft te maken te hebben gehad met intimidatie en lichamelijk geweld door klanten, waaronder ook passagiers, patiënten en leerlingen vallen. Bij de beroepen zijn artsen een van de beroepsgroepen die ver boven het gemiddelde uitschieten wat betreft intimidatie door klanten. 54% is geconfronteerd met intimidatie (Van den Bossche & Smulders, 2004).

Uit de literatuur blijkt dat er weinig onderzoek is verricht naar agressie en geweld bij verzekeringsartsen. Er is weinig specifieke en recente literatuur. Er is wel tamelijk recente literatuur te vinden naar onderzoek van agressie en geweld bij bedrijfsartsen.
Hieronder volgt een overzicht van enkele onderzoeksresultaten van agressie en geweld bij verzekeringsartsen en vervolgens bij bedrijfsartsen.

In 1989 heeft Binsbergen onderzoek verricht naar het voorkomen van agressie en geweld bij verzekeringsgeneeskundigen bij het (voormalige) GAK. Het doel van het onderzoek was een indruk te krijgen in hoeverre zij geconfronteerd werden met agressief gedrag door ziektewetcliënten. Er werd een enquête uitgezet onder 304 verzekeringsartsen, waarvan er 202 werden teruggestuurd. Belangrijkste conclusies waren dat 67% van de respondenten in de 6 maanden voorafgaand aan het onderzoek was geconfronteerd met een vorm van agressie. De verzekeringsgeneeskundigen hadden te maken met de volgende vormen van agressie: uiten van bedreigingen (31%), fysiek geweld (7%), schelden (6%), onvrede en irritatie zoals met deuren slaan, schreeuwen, kwaad weglopen (4%). Vele respondenten vonden de eigen attitude in combinatie met communicatieve vaardigheden de belangrijkste rol spelen in het voorkomen van en omgaan met agressief gedrag van ziektewetcliënten (Binsbergen, 1989).
In 1998 deden Bekendam & Lopes een vergelijkbaar onderzoek als van Binsbergen onder 75 bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in Amsterdam. De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek waren: 59% van de respondenten was het afgelopen half jaar minstens 1 keer geconfronteerd met agressief gedrag van een cliënt. 23% had zich in de laatste 6 maanden een of meerdere keren bedreigd gevoeld als gevolg van het optreden van cliënten (Bekendam & Lopes, 1998).

In 1989 hebben Croon & Langius een verkennend onderzoek verricht naar de meningen van de leden van de toenmalige Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen (LVSG) over oorzaken, frequentie en preventie van bedreigingen in de werksituatie. Ze hebben 10% van de leden geënquêteerd. Van de 151 verstuurde enquêtes, werden er 104 teruggestuurd. Uit de resultaten blijkt dat 28% van de sociaal geneeskundigen werkzaam in de bedrijfsgezondheidszorg, verzekeringsgeneeskunde, algemene gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg bedreigingen heeft ervaren in de uitoefening van hun functie. Deze groep gaf aan, gemiddeld meer dan 2 bedreigingen te hebben meegemaakt. Meer dan de helft van de verzekeringsgeneeskundigen (55%) had zich bedreigd gevoeld. De spreiding van het aantal bedreigingen in 1989 was alleen onder verzekeringsgeneeskundigen groot (1-7) (Croon & Langius, 1990).

In 1998 heeft de landelijke vereniging van artsen in dienstverband (LAD) een grote enquête uitgevoerd onder al haar leden. De enquête was om te peilen in hoeverre de LAD-leden te maken hadden met agressie en geweld in de werksituatie. Ruim 1100 leden stuurden de enquête terug. Met name huisartsen (58% van de respondenten), bedrijfsartsen (51%) en verzekeringsartsen (68%) kregen met agressieve patiënten te maken. Vaak bleef het beperkt tot verbale agressie, maar soms kwam het tot fysiek geweld. 27% van de responderende huisartsen en 32% van de verzekeringsartsen zeiden in het afgelopen jaar 1 tot 5 keer met fysiek geweld geconfronteerd te zijn (Evers, 1999).

De uitkomsten van bovenstaande onderzoeken maken duidelijk dat er een tendens waarneembaar is. Verzekeringsartsen lopen een verhoogd risico om tijdens hun werk geconfronteerd te worden met agressie, geweld en intimidatie. Een redelijk deel van de verzekeringsartsen krijgt wel een keer te maken met een vorm van agressie tijdens het werk. Het kan gaan van intimiderend gedrag, verbale agressie tot fysiek geweld. Het is lastig om een

percentage aan te geven aangezien de onderzoeken qua methodiek verschillen. Elk onderzoek hanteert zijn eigen definities van agressie. Dit maakt het moeilijk om cijfers te vergelijken. Behalve in de verzekeringsgeneeskunde is ook in de bedrijfsgezondheidszorg weinig onderzoek verricht naar agressie en geweld. Daar deze 2 beroepsgroepen met elkaar te maken hebben in de praktijk worden de volgende 2 tamelijk recente onderzoeken naar agressie bij bedrijfsartsen kort genoemd. In 2000 deed Martines onderzoek naar agressie bij bedrijfsartsen. Er werden 325 vragenlijsten verspreid onder bedrijfsartsen, waarvan er 263 vragenlijsten werden teruggestuurd. 70% van de bedrijfsartsen werd geconfronteerd met verbaal geweld van werknemers, 33% werd geconfronteerd met verbaal geweld van werkgevers. Fysiek geweld kwam relatief vaak voor, 15% had het afgelopen jaar minimaal een incident met fysiek geweld meegemaakt met een werknemer (Martines, 2001).

In 2005 deed Hoven een vergelijkbaar onderzoek onder bedrijfsartsen. Er werden 294 vragenlijsten verspreid en 117 vragenlijsten teruggestuurd. 71,8% van de bedrijfsartsen had in de voorafgaande 12 maanden te maken gehad met agressie of een minder respectvolle bejegening door werknemers en werkgevers (Hoven, 2005).

2.3 Oorzaken van agressie bij verzekeringsartsen

In het boek " Uit de praktijk" van Buijssen & Buis uit 2003 worden traumatische ervaringen, waaronder agressie in de praktijk van artsen beschreven. De auteurs van het boek beschrijven diverse oorzaken waarom artsen steeds vaker te maken krijgen met agressie.
Als eerste: de maatschappelijke egalisering. Vroeger keken mensen op tegen anderen met een beroep met status en/of gezag, zoals de arts. Tegenwoordig zijn de hiërarchische verschillen fors kleiner geworden. Waar mensen elkaar als gelijken beschouwen, is de kans op agressie een stuk groter dan waar ontzag en respect als rem fungeren.
Ten tweede: de toegenomen mondigheid van de burger. Dachten mensen vroeger vooral in termen van plichten, tegenwoordig wordt veel eerder in termen van rechten gedacht (en ook je recht halen). De arts wordt nu gezien als iemand die een product levert en de cliënt als klant.
Ten derde: dat artsen veel macht bezitten om in te grijpen in het leven en de vrijheid van mensen. Zoals bijvoorbeeld een psychiater die verzoekt tot een gedwongen opname middels een rechtelijke maatregel.
Ten vierde: dat artsen de macht bezitten cliënten de toegang tot belangrijke voorzieningen, goederen, of geld te bieden dan wel te onthouden. Zoals bijvoorbeeld de verzekeringsarts die kan bepalen of iemand recht heeft op een WAO- uitkering (Buijssen & Buis, 2003).

In het boek "Waar halen ze het lef vandaan, omgaan met agressief gedrag" van Groot uit 2002 worden verschillende psychologische verklaringen voor agressief gedrag gegeven. Er wordt onder andere genoemd dat je eigen optreden een bron van frustratie kan zijn en tot agressief gedrag kan leiden. De lichaamstaal en mimiek, ofwel de non-verbale communicatie, bepalen op dat moment hoe de "boodschap" overkomt. De non-verbale communicatie heeft voor 2/3 invloed op hoe de boodschap overkomt. Het advies wordt gegeven om zich bewust te zijn van de houding, de gebaren, de gezichtsuitdrukking en het stemgebruik. Van belang in een training omgaan met agressie is, dat men leert om bij zichzelf het gedrag te onderkennen dat agressie kan oproepen. Een ander punt wat beschreven wordt in dit boek is dat mensen heel verschillend reageren op agressie en geweld. Of men een gebeurtenis als schokkend ervaart, is heel subjectief en hangt sterk samen met de manier waarop men naar zichzelf, anderen en de wereld kijkt. Meestal is men zich niet bewust van de gekleurde bril waarmee men naar het gedrag van zijn klanten kijkt. Hoe men reageert op het agressieve gedrag van klanten heeft veel te maken met zijn persoonlijke geschiedenis, met gebeurtenissen die men van jongs af

verwerkt heeft en waaruit men een bepaalde conclusie heeft getrokken. Inzicht in eigen (vaak onbewuste) gedragspatronen kunnen helpen om zaken anders aan te pakken, om zo op een meer constructieve manier met agressief gedrag om te gaan (Groot, 2002).

Het boek “Agressie in het ziekenhuis, Ethische aspecten van ondervinden, reageren en voorkomen” van Pijnenburg & Leget is een ethische reflectie op agressie. Door de auteurs worden bronnen van agressie die in de gezondheidszorg zelf liggen beschreven. Twee hiervan zijn de arts-patiënt relatie en het ziekenhuis als bron van geweld. Over de arts-patiënt relatie wordt genoemd de mondigheid. De prijs van mondigheid is de confrontatie en het conflict. Het onderhandelen met de patiënt kan ontaarden in een machtsstrijd. De cliënt is klant geworden en de klant is koning. De eisende klant van de gezondheidszorg wordt boos als hij niet krijgt wat hij vraagt en als het geleverde niet beantwoordt aan zijn verwachtingen. Informatie en communicatie zijn belangrijk. Gebrek aan informatie en slechte communicatie wekken ergernissen bij patiënten. Men zal meer geneigd zijn met agressief gedrag te reageren op tegenspoed. Over het ziekenhuis als bron van geweld wordt genoemd: in het algemeen gaat het om het zelfbehoud van in hun leven bedreigde mensen. Zieken en/of hun naasten kunnen boos reageren om hun bedreigd zelfbehoud. In het ziekenhuis is vaak de noodzaak tot wachten. Juist het wachten bij zorg om zelfbehoud kan de stoppen bij mensen laten doorslaan. Onzekerheid, niet weten waar men aan toe is, onbekende situatie, ontbreken van strategieën en vaardigheden om hier mee om te gaan kunnen hierbij een rol spelen. Verder is het ziekenhuis een instituut op zich en bij betreding hiervan dient men zich aan de regels te onderwerpen. Veel ziekenhuizen claimen klantvriendelijk te zijn, maar de vraag is of dat wel zo is gelet op de structuren, regels, planningen en procedures (Pijnenburg & Leget, 2005).

In het verlengde van wat hierboven beschreven is, het ziekenhuis als bron van geweld, kan een vertaalslag worden gemaakt naar het UWV. Het UWV met zijn structuren, regels en procedures, kan zelf als bron van geweld gezien worden. Uit het jaarverslag van de Nationale Ombudsman blijkt dat er in 2005 relatief veel klachten over UWV zijn binnengekomen, te weten 1671 klachten. Dit is 16% van alle binnen gekomen klachten. Van de 1671 klachten werd 32% in onderzoek genomen. Van alle in onderzoek gegeven zaken hebben verreweg de meeste betrekking op de behandelingsduur. In volgorde van afnemende getallen hebben de klachten betrekking op: interne klachtbehandeling, informatieverstrekking, dienstverlening, bejegening en rente- en schadevergoeding. In 2de kwartaal was er een toename van klachten over de telefonische bereikbaarheid en het gebruik van callcenters. De klachten over de telefonische bereikbaarheid namen daarna in de loop van 2005 weer af. Feit blijft dat door het instellen en het gebruik van callcenters de afstand tussen UWV en zijn cliënten wordt vergroot (Jaarverslag Nationale Ombudsman 2005). Door de huidige structuur en toepassing van regels en procedures kunnen fouten en misverstanden veroorzaakt door de organisatie zelf aanleiding geven tot agressief gedrag bij UWV cliënten.
Ook de herbeoordelingen volgens het Aangepaste Schattingsbesluit kunnen door een grotere kans op vermindering of stopzetting van de WAO-uitkering vanwege de verscherpte regelgeving aanleiding zijn tot agressief gedrag bij UWV cliënten. Uit het jaarverslag van het UWV blijkt, dat er in 2005 bijna 120.000 arbeidsongeschikten zijn herbeoordeeld volgens de verscherpte regelgeving. Van 38,3% is de uitkering verlaagd of ingetrokken (Jaarverslag 2005 UWV).

In de literatuur werd de volgende specifieke informatie over oorzaken van agressie bij verzekeringsartsen gevonden. In de eerder genoemde onderzoeken naar agressie bij verzekeringsartsen (Binsbergen, 1989, Croon & Langius, 1990 en Evers, 1999) was aan de verzekeringsartsen gevraagd wat zij als oorzaken van agressief gedrag van hun cliënten zagen.

In het onderzoek van Binsbergen werd beschreven: afhankelijke positie van de cliënt, onduidelijke regelgeving in de sociale wetgeving, geen eenduidigheid qua interpretaties van de sociale wetgeving, tijdgebrek tijdens het spreekuur, taalbarrière en andere culturele patronen bij allochtone cliënten, ambtelijk taalgebruik in de schriftelijke communicatie en onvoldoende functioneren van de verzekeringsartsen, zowel in medisch als sociaal opzicht (Binsbergen, 1989).
In het onderzoek van Croon en Langius werd beschreven: voornamelijk werd de oorzaak bij de bedreiger en/of de aard van het sociaal-geneeskundige werk gezocht. Er werden echter ook duidelijk factoren aangegeven die te maken hebben met de sociaal-geneeskundige zelf: genoemd werden de persoon, de opstelling en werkwijze van de arts. Bij de aard van het werk werden onder meer genoemd: het gaat om geld, misverstand, onduidelijkheid en onduidelijke beroepsprocedure. Bij de opstelling en werkwijze van de arts werden onder meer genoemd: slechte communicatieve vaardigheden (Croon & Langius, 1990).
Evers vermeldde als de meest genoemde ideeën over de oorzaken van de toename van geweld in de praktijk: verruwing van de maatschappij, veeleisendheid en consumentisme van patiënten, te hooggespannen verwachtingen ten aanzien van de mogelijkheden van de geneeskunde en hoge werkdruk (Evers, 1999).

2.4 Gevolgen van agressie

Agressie en geweld hebben verschillende effecten op werknemers. Deze effecten kunnen naar aard onderscheiden worden in fysieke-, materiële-, psychische en organisatorische effecten. Voorbeelden daarvan zijn: lichamelijk gewond raken, beschadiging van goederen, verstoring van dagelijkse werkzaamheden (Arbeidsinspectie, 2005). Hieronder wordt ingegaan op de psychische gevolgen van agressie.

Een confrontatie met agressie, bijvoorbeeld een lastige cliënt met agressief gedrag tijdens het spreekuur, geeft spanning en stress en kan leiden tot een stressreactie. Dat merkt men op het moment zelf en na afloop. De persoon merkt dat hij uit balans en gespannen is. Over het algemeen gaan mensen automatisch activiteiten doen om er even niet aan te denken. Men gaat situaties uit de weg, vaak niet bewust, omdat die stress oproepen. Normale reacties op stressvolle gebeurtenissen zijn: steeds met de gebeurtenis bezig zijn; angsten, onzekerheden, waakzaamheid; uit de weg gaan van situaties die op de gebeurtenis lijken; irritaties en boosheid; niet naar het werk durven gaan; neerslachtigheid en verdriet; zich niet begrepen voelen; piekeren; boosheid en woede; die persoon willen straffen; zelfverwijten en schuldgevoelens; slapeloosheid of slaapproblemen; concentratieproblemen en vermoeidheid; bang zijn achtervolgd te worden; psychisch gebroken voelen; geen zin in sex; allerlei lichamelijke klachten. Bij ernstige gebeurtenissen houden stressreacties langer aan. Hiermee wordt bedoeld enkele weken tot enkele maanden. Normaal werken en leven wordt dan moeilijker. Bij 90% van de meeste mensen zijn na 3 maanden de stressreacties grotendeels verdwenen (Van der Velden & Kleber & Hazen & Eikenbroek, 2004)

Deze bovengenoemde stressreacties wordt ook wel een psychotrauma (“een psychische verwonding”) genoemd. Als de stressreacties, het psychotrauma, langer aanhouden dan wordt gesproken van een postraumatische stressstoornis (Buijssen & Buis, 2003).
Uit het bovenstaande is duidelijk dat confrontatie met agressie grote gevolgen kan hebben voor het slachtoffer. Slachteroffers functioneren minder goed en hebben minder plezier in hun werk. Er is een relatie met verzuim en gezondheidsklachten (Van Dam & Engelen, 2004).

In het werk van verzekeringsarts kan agressief gedrag leiden tot een verminderde prestatie, onzekerheid bij het uitvoeren van de werkzaamheden, toename van ziekteverzuim en zelfs arbeidsongeschiktheid (Evers, 1999).

2.5 Preventieve maatregelen en beleid

Volgens de Arbowet zijn werkgevers verplicht een goed arbeidsomstandighedenbeleid te voeren dat gericht is op het beschermen van werknemers tegen agressie en geweld. Er dient aandacht te zijn voor veiligheid, gezondheid en welzijn van de werknemers, waaronder ziekteverzuimbeleid en bescherming van werknemers tegen ongewenst gedrag. Het beleid moet zich zowel richten op preventieve maatregelen (zoals technische, bouwkundige en organisatorische maatregelen) als op het zorgen voor opvang en begeleiding (Van Dam & Engelen, 2004).

De Arbeidsinspectie, die als taak heeft te zorgen voor toezicht en handhaving van het arbeidsomstandighedenbeleid, heeft een interne instructie Agressie & Geweld opgesteld. Deze instructie geeft aanwijzingen aan de inspecteur hoe met deze problematiek in handhavende zin om te gaan. Het Agressie & Geweld beleid is voldoende als er:

- Voorlichting en onderricht wordt gegeven m.b.t. dit onderwerp.
- Protocollen aanwezig zijn voor werkzaamheden met risico op agressie en geweld.
- Meldingsprocedures aanwezig zijn ten behoeve van gebeurtenissen die gepaard gaan met agressie en/of geweld.
- Incidenten met agressie en/of geweld bijvoorbeeld tijdens het werkoverleg worden besproken.
- Procedures aanwezig zijn voor opvang en begeleiding in geval werknemers geconfronteerd zijn met agressie en/of geweld.
- Waar mogelijk en nodig materiële, bouwkundige en/of organisatorische maatregelen zijn genomen.
- Eventuele risico´s op agressie en/of geweld in de risico inventarisatie en evaluatie (RI&E) zijn opgenomen en daaruit voortvloeiende concrete maatregelen in het plan van aanpak vermeld worden, zo nodig onder vermelding van de termijnen waarbinnen voorgenomen maatregelen gerealiseerd zullen zijn.

Maatregelen die onder andere genoemd worden in deze interne instructie zijn:

Ten aanzien van materiële en bouwkundige maatregelen: ligging en inrichting van spreekkamers, alarminstallaties, specifieke afsluitbaarheid van toegangsdeuren door het personeel, beveiligen van toegang, vergroten toezicht bij parkeerplaatsen, goede omgevingsverlichting.
Ten aanzien van organisatorische maatregelen: melding en registratie van incidenten en ongevallen, inhuren van professioneel bewakingspersoneel, afspraken maken met de politie, het onderwerp agressie en geweld op de agenda plaatsen van het (werk-)overleg, vaststellen van minimale bezetting (niet minder dan 2 werknemers) van bepaalde werkplekken, procedures maken en gebruiken om slachtoffers van agressie en geweld op te vangen en te begeleiden, voorlichting, instructie en training ten behoeve van werknemers die aan risico´s van agressie en geweld worden blootgesteld (met periodieke herhaling hiervan) (Arbeidsinspectie, 2005).

De Nota Agressiebeleid UWV komt redelijk overeen met het Agressie & Geweld beleid uit de interne instructie van de Arbeidsinspectie. Het UWV management dient ten behoeve van de agressiebeheersing maatregelen te nemen op de volgende 4 gebieden:

1. Bouwtechnisch: het management draagt zorg voor een veilige werkplek voor zijn medewerkers. Bijvoorbeeld het treffen van voorzieningen zoals, indien mogelijk, een vluchtdeur, doch in ieder geval opstelling spreektafel in relatie tot de vluchtroute.

2. Personeel: agressie dient regelmatig als agendapunt op de verschillende werkoverleggen te staan, met als doel medewerkers bewust te maken van onder andere de wijze waarop bij agressie gehandeld kan of moet worden. Medewerkers, indien mogelijk, niet alleen in een gang of een kantoor laten werken.

3. Opleiding en training: cursussen worden geboden aan UWV-medewerkers in het "Hoe om te gaan met agressie, geweld en/of conflicthantering". Door het aanbieden van telefoontrainingen.

4. Opvang, nazorg en afwikkeling: het management zal bij voorkomende agressie alles in het werk stellen om de medewerker hierin goed te begeleiden en naar de klant toe passende maatregelen te nemen. Het management "staat achter" zijn UWV-medewerkers en straalt dit ook als zodanig uit. Het management zorgt bij een conflict voor een gedegen opvang van de betrokken UWV-medewerker en/of cliënten. Het management evalueert twee à drie weken na het incident de gebeurtenis met betrokkenen. Het management draagt bij een conflict zorg voor een adequate afhandeling van de zaak, waaronder de volledige verhaalsafhandeling.

Het UWV heeft een aantal voorwaarden geschapen om agressie te voorkomen: preventieve maatregelen. Een aantal van deze voorwaarden zijn:

- Het geven van duidelijkheid aan cliënt wat mag en kan de cliënt van UWV verwachten, en tegelijkertijd laten weten wat UWV van de cliënt vraagt. Dit betreft zowel de wet en regelgeving, de arbeidstoeleiding, als de bestaande procedures (rechten en plichten).
- Het moet tevens voor de cliënt duidelijk zijn wanneer en waarvoor de cliënt in contact kan komen met UWV. Een goede voorlichting hierover aan de cliënt vormt een bijdrage tot het voorkomen van agressie.
- De cliënt wordt altijd fatsoenlijk en beleefd te woord gestaan. Uit het gedrag van de UWV-medewerker blijkt respect voor de cliënt.
- Afspraken met de cliënt moeten worden nagekomen.

Verder is er een stappenplan opgesteld hoe te handelen bij een agressie-incident. Dit behelst van melding maken aan de direct leidinggevende tot het doen van aangifte bij de plaatselijke politie en een melding naar het meldpunt Integriteit. De direct leidinggevende zorgt dat er collegiale steun wordt verleend. Er zijn duidelijke afspraken over de opvang van het slachtoffer en het verlenen van nazorg. De direct leidinggevende is altijd verantwoordelijk voor de afhandeling van het incident en voor de opvang en nazorg. Bij extreme (of als extreem ervaren) agressie kan contact worden gezocht met het instituut voor Psychotrauma (Nota Agressiebeleid UWV, 2005).

In het onderzoek van Croon en Langius werden de volgende mogelijke preventieve maatregelen bij verzekeringsartsen genoemd: “lik op stuk beleid van de organisatie”, feed-back/evaluatie na bedreiging, beveiligingsmaatregelen en het doel van het contact moet duidelijk zijn. Preventieve maatregelen, die men al getroffen had, waren voornamelijk maatregelen ten aanzien van de organisatie van het werk, met name bewakingsmaatregelen (Croon & Langius, 1990).

In het boek “ Uit de praktijk” van Buijssen & Buis uit 2003 beschrijven de auteurs welke gebeurtenissen aanleiding kunnen geven tot een psychotrauma en welke reacties na traumatische ervaringen meestal optreden. Het boek biedt verder een handreiking voor zelfhulp en nazorg bij psychotrauma´s in de zorg (Buijssen & Buis, 2003).

In het boek “Lastige klanten, agressie en ander geweld” van Van der Velden, Kleber, Hazen en Eikenbroek uit 2004 worden ook handvatten gegeven hoe om te gaan met lastige klanten, agressie en ander geweld. Het is een praktisch werkboek. Het leert wat men kan doen en hoe men het zoveel mogelijk kan voorkomen. De boodschap van het boek is dat het gedrag van mensen te beïnvloeden is. Voor een deel is het gedrag bij te sturen. Mensen reageren voortdurend op elkaar. De reactie van de één is voor een deel het gevolg van de eerdere reactie van de ander (Van der Velden, Kleber, Hazen en Eikenbroek, 2004).

Tot slot het boek “Waar halen ze het lef vandaan, omgaan met agressief gedrag” van Groot uit 2002 sluit aan bij het bovengenoemde boek “Lastige klanten, agressie en ander geweld”. Ook in dit boek worden handvatten gegeven. Bij elke vorm van agressie wordt uiteengezet welke aanpak daarbij past (Groot, 2002).

Hoofdstuk 3 Enkele begrippen

Agressie

Dit onderzoek gaat over agressie. In de literatuur worden meerdere definities van agressie beschreven. In dit onderzoek wordt de definitie van agressie gehanteerd zoals die in de nota Agressiebeleid UWV wordt beschreven en die vrijwel overeenkomstig is met die uit de Arbowet. Onder agressie en geweld verstaat UWV, voorvallen waarbij een medewerker fysiek of psychisch wordt bedreigd of aangevallen onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het verrichten van aan het UWV gerelateerde arbeid.

Agressievormen

Er zijn verschillende vormen van agressie bekend. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de indeling voor de verschillende vormen van agressie uit de nota Agressiebeleid UWV. De verschillende vormen van agressie volgens deze indeling zijn:

1. alle vormen van fysiek geweld
2. alle vormen van dreiging met geweld
3. alle vormen van (seksuele) intimidatie
4. alle vormen van stalking
5. alle vormen van discriminatie naar seksuele geaardheid/geloofsovertuiging/ras
6. alle vormen van vernieling
7. alle vormen van verbaal geweld (eventueel per telefoon)
8. het dragen van wapens of gevaarlijke voorwerpen binnen de gebouwen van UWV.

In dit onderzoek worden de volgende vormen van agressie geïnventariseerd: intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie, fysiek geweld binnen de spreekkamer en fysiek geweld buiten de spreekkamer. In de praktijk lopen de beschreven vormen in elkaar over en is de scheidingslijn niet altijd duidelijk te trekken. Er is geprobeerd in de vragenlijst naar elke vorm apart te vragen.

Intimiderend gedrag

Onder intimiderend gedrag wordt verstaan: bedreigingen of ondermijnende handelingen van cliënten die de arts van zijn stuk brengen en schrik aanjagen. Dit intimiderend gedrag kan bijvoorbeeld zijn: het maken van dreigende gebaren zoals een dreigende blik, op het bureau slaan, een derde meenemen die zich dreigend opstelt, dreigend gaan staan tijdens het gesprek, dreigen zichzelf of de ander in het hier en nu iets aan te doen of het bewust vernederen en kleineren van de arts.

Verbale agressie gericht op de persoon

Onder verbale agressie gericht op de persoon wordt verstaan: cliënten die kritiek hebben op de arts terwijl hij zijn werk verricht. Ze maken duidelijk wat ze van de persoon vinden door een luidruchtige expressie van hun klachten, waarbij ze de persoon met verwijten overladen en persoonlijke beledigingen uiten. Het kan gaan om (bijvoorbeeld) vloeken, schelden, treiteren en uitschelden van de arts.

Verbale agressie gericht op de organisatie

Onder verbale agressie gericht op de organisatie wordt verstaan: cliënten die kritiek hebben op de organisatie waarvoor de arts zijn werk verricht. Ze maken duidelijk wat ze van de organisatie vinden door een luidruchtige expressie van klachten waarbij ze de persoon met

verwijten over de organisatie overladen. Het kan gaan om kritiek op de het uitvoerend beleid van de arts zoals schelden op de organisatie.

Fysiek geweld in de spreekkamer
Onder fysiek geweld in de spreekkamer wordt verstaan: het plegen van lichamelijk geweld tegen de arts in zijn spreekkamer. Bijvoorbeeld de arts vastgrijpen en over het bureau trekken, de arts slaan met de handen of een voorwerp, met meubilair smijten richting de arts of een meegebracht wapen trekken.

Fysiek geweld buiten de spreekkamer
Onder fysiek geweld buiten de spreekkamer wordt verstaan: het plegen van lichamelijk geweld tegen de arts buiten zijn spreekkamer. Bijvoorbeeld de arts in de wachtkamer opwachten en aanvallen, de arts na werktijd opwachten en aanvallen, de arts opwachten in zijn privé-omgeving en aanvallen.

Hoofdstuk 4 Methode

4.1 Onderzoekspopulatie

Om te voorkomen dat het onderzoek te groot wordt gezien de beperkte tijd en middelen, is er voor gekozen om verzekeringsartsen uit 5 verschillende regio´s in Nederland te benaderen. Er is gekeken naar grote steden ten opzichte van kleinere steden verdeeld over het land. Verder zijn de UWV kantoren willekeurig gekozen. Er is geen aanleiding om aan te nemen dat er in bepaalde regio´s meer sprake is van agressie. Met deze selectie meen ik representatief te zijn en denk ik dat het een goede afspiegeling geeft van de verzekeringsartsenpopulatie binnen het UWV. In totaal zijn er 316 vragenlijsten verspreid onder de verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV in de volgende 5 regio´s: regio Noord (Friesland/Groningen), regio Midden (Utrecht), Regio Zuid (Roermond/ Venlo/Heerlen), regio West (Rotterdam inclusief Dordrecht) en regio Noord-West (Amsterdam). De regiostafartsen en de stafartsen van deze regio´s zijn per email benaderd en gevraagd om hun medewerking voor dit onderzoek te verlenen. De vragenlijst en bijbehorende brief is door de stafartsen verspreid onder de artsen. De meeste stafartsen hebben de vragenlijst en bijbehorende brief per email verspreid en een enkele stafarts heeft de vragenlijst persoonlijk uitgedeeld aan de artsen. De vragenlijsten konden per post en per email teruggestuurd worden. Na ontvangst van de email werd de vragenlijst uitgeprint en de email vernietigd. Dit om de anonimiteit te waarborgen.
Exclusie criterium: externe artsen oftewel inhuurartsen.

4.2 Meetinstrument

Vragenlijst bestaande uit 24 vragen, deels gesloten (17 vragen), deels open (7 vragen).
Zie bijlage 2 vragenlijst “Agressie in de spreekkamer kan ons allemaal overkomen!”.
De vragen zijn door de onderzoeker zelf opgesteld en niet afkomstig uit een bestaande en gecontroleerde vragenlijst uit de literatuur. In de vragenlijst is vanaf tussentekst ter inleiding op vraag 20 tot en met vraag 22, gebruik gemaakt van boek “Lastige klanten, agressie en ander geweld” door P.G. van der Velden, etc., Instituut voor Psychotrauma. Vraag 20 t/m 22 zijn deels hieruit overgenomen.
De vragenlijst is tot stand gekomen nadat hij is voorgelegd aan verschillende verzekeringsartsen, een aantal externe mensen in de naaste omgeving, de praktijkbegeleider en opleider. De vragenlijst bestaat uit 24 vragen en is in 2 delen te verdelen. Het eerste deel, 8 algemene vragen over de geënquêteerde (persoonsgegevens). Het tweede deel, 16 vragen over het voorkomen en ervaren van agressie en geweld.
De vragen 1 tot en met 5 hebben betrekking op de variabelen leeftijd, geslacht, ervaring, eventuele registratie als verzekeringsarts en regio.
De vragen 6 tot en met 8 gaan over de aard van de werkzaamheden: WAO/WIA claimbeoordeling, Ziektewetbeoordeling en WAJONG claimbeoordeling.
De vragen 9 tot en met 18 inventariseren: hoe vaak men de afgelopen 2 jaar te maken heeft gehad met intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie, fysiek geweld in de spreekkamer en fysiek geweld buiten de spreekkamer. Tevens wordt gevraagd indien meegemaakt om een voorbeeld te beschrijven. Dit is om te kijken wat voor agressie-incidenten men heeft meegemaakt. Er is in dit onderzoek voor gekozen naar ervaringen van agressie over de periode van de afgelopen 2 jaar te kijken, vanuit het idee dat deze termijn over het algemeen te overzien is. De gedachte hierbij is dat de meeste verzekeringsartsen over die periode nog redelijk goed kunnen produceren wat hen is overkomen. Wordt er verder terug gegaan in de tijd dan zal de betrouwbaarheid van de gegevens afnemen.

Vraag 19: vraagt van de meegemaakte agressieve gedragingen welke ervaring als meest agressief ervaren is en waarom juist dit gedrag.
Vraag 20: vraagt naar reacties op agressie. Wat voor effect het meest agressief ervaren gedrag had op de respondent.
Vraag 21: vraagt hoe men in het algemeen met emoties omgaat.
Vraag 22: vraagt hoe de collega´s hebben gereageerd op het door de geënquêteerde meest agressief ervaren agressie-incident. Wat is er gedaan. Deze vraag is gesteld om te kijken hoe er op het werk werd omgegaan met het agressie-incident om te peilen of er aandacht is van de werkgever voor deze problematiek.
Vraag 23: vraagt de geënquêteerde naar zijn mening of er voldoende veiligheid wordt geboden en of er voldoende gepraat kan worden over agressie-incidenten. Deze vraag is ook gesteld om te kijken hoe de werkgever met deze problematiek omgaat.
Vraag 24: vraagt of er suggesties voor verbeteringen zijn. Wat zou er moeten gebeuren.

4.3 Stappenplan

In de periode november en december 2005 zijn er via de stafartsen van de regio´s 316 vragenlijsten uitgedeeld en verstuurd via de email aan de artsen. Tussentijds is er 2 keer een email aan de stafartsen gestuurd met een terugkoppeling van de teruggestuurde vragenlijsten. Een enkele stafarts vond dit reden om een reminder te sturen naar zijn artsen. Door de onderzoeker is geen reminder gestuurd aan de artsen, omdat de verzending via de stafartsen liep. De artsen zijn door hun eigen stafarts benaderd en gevraagd om mee te doen. Er is voor deze aanpak gekozen omdat het de meest eenvoudige en snelste manier was om alle artsen in deze regio´s te kunnen benaderen. Tevens was er de verwachting dat er een hogere respons zou zijn als de vragenlijst via de stafarts werd aangeboden. Het nadeel van deze aanpak is dat de onderzoeker zelf geen reminder direct aan de artsen heeft kunnen sturen.
Door de feestdagen en verschillende data van verspreiding door de stafartsen is er geen strikt termijn gehouden tot wanneer de vragenlijsten teruggestuurd konden worden. De meeste vragenlijsten, 103 stuks, waren half januari 2006 teruggestuurd. De resterende 6 stuks volgde daarna en de laatste is op 16-02-06 ontvangen. De meeste vragenlijsten zijn per email teruggestuurd. Een deel is per post geretourneerd.
De verwerking van de vragenlijsten en de statische bewerking van de data vond plaats in de periode eind februari tot medio april 2006. Aansluitend vond de verslaglegging van het onderzoek plaats tot en met mei 2006.

4.4 Dataverwerking en statistische analyses

Na de ontvangst van de vragenlijsten zijn de gegevens uit de vragenlijsten door mij ingevoerd in een Excel-bestand. De statistische bewerking is uitgevoerd door een statisticus van de NSPOH-opleiding met het statistisch programma SPSS.
De statistische analyses die zijn toegepast zijn frequentietabellen met beschrijvende statistiek en andere statistische toetsen in SPSS namelijk: Cramer´s V, onafhankelijke t-toets, Oneway ANOVA en Pearson ‘s correlatiecoëfficiënt.

De antwoorden van vraag 9, 11 en 13 zijn op 2 manieren verwerkt. Eerst zijn de absolute aantallen ingevoerd in het Excel-bestand. Vervolgens is er een klassenindeling gemaakt omdat meerdere keren “anders” werd aangekruist en men meer aan gaf dan een absoluut getal. Men gaf bijvoorbeeld 2 keer per week aan. Om toch deze antwoorden te kunnen verwerken en niet als onbekend te scoren is er gekozen voor een klassenindeling. Het aantal keer is in 5 categorieën ingedeeld en onder een nieuwe variabele ingevoerd.

De nieuwe categorieën zijn: 0 keer (nooit), 1 keer (een enkele keer/incidenteel), 2,3,4 keer (soms/af en toe), 5-10 keer (vaak), > 10 keer (heel vaak).

De antwoorden van vraag 20, 21 en 22 zijn als volgt verwerkt. Bij elke vraag zijn er meerdere antwoordmogelijkheden aangegeven. Elke antwoordmogelijkheid is als een aparte variabele ingevoerd met de code 0 voor "niet aangekruist" en code 1 voor "wel aangekruist". Vervolgens is er een frequentieverdeling gemaakt van elke antwoordmogelijkheid.

Vragen 10, 12, 14, 16, 18, 19 en 24 zijn open vragen. Van vraag 10 is een opsomming gegeven van de meest genoemde voorbeelden in afnemende frequentie. Van vragen 12, 14, 16, 18 en 19 is een korte beschrijving gegeven van de meest voorkomende voorbeelden.

Van vraag 24 zijn de antwoorden door onderzoeker ingedeeld in categorieën op basis van op elkaar lijkende begrippen/onderwerpen en vervolgens is een uitgebreide beschrijving per categorie gegeven.

Hoofdstuk 5 Resultaten

5.1 Inleiding

Er zijn in de periode november en december 2005 in totaal 316 verzekeringsartsen benaderd met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Hiervan hebben 109 personen de vragenlijsten ingevuld teruggestuurd. Dit betekent een response van 34,5%. Door 207 van de benaderde verzekeringsartsen is de vragenlijst niet teruggestuurd, daarmee komt de non-response op 65,5%.

De vragenlijst is in 5 regio´s verspreid. Er is een kruistabel gemaakt van regio x response response per regio. Uit de kruistabel komen de volgende rij% response per regio:

Regio 1 Friesland/Groningen	= 59,3%	(35 vragenlijsten terug van de 59)
Regio 2 Utrecht	= 28,6%	(6 vragenlijsten terug van de 21)
Regio 3 Roermond/Venlo/Heerlen	= 19,1%	(17 vragenlijsten terug van de 89)
Regio 4 Rotterdam	= 24,1%	(20 vragenlijsten terug van de 83)
Regio 5 Amsterdam	= 48,4%	(31 vragenlijsten terug van de 64)

Er is een verband gemeten tussen de regio´s en de responspercentages (Cramer´s V = 0,33, $p< 0,01$). Dit betekent dat er in deze steekproef globaal een 2-deling valt te onderscheiden: regio 1 en regio 5 met relatief hogere responspercentages versus regio´s 2, 3 en 4 met relatief lagere responspercentages.

5.2 Populatiekarakteristieken

Aan dit onderzoek deden 54% (n = 59) mannen en 46% (n = 50) vrouwen mee.

De leeftijd varieert van 30 tot en met 60 jaar. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep is 47 jaar. De mediaan leeftijd is 48 jaar en de standaard deviatie is 7,1 jaar. Dit betekent dat de leeftijdscores enigszins scheef verdeeld zijn naar de hogere scores. Hoge frequenties zijn terug te vinden op de leeftijdscores 55 (10 keer) en 57 (7 keer).

Het aantal jaren werkzaam als verzekeringsarts varieert van 1 tot en met 31 jaar, met als gemiddeld aantal jaren 12,7 jaar en met een mediaan van 10,0 jaar. De standaard deviatie is 8,0 jaar. Dit betekent dat deze scores enigszins scheef verdeeld zijn naar de lagere scores. De aantallen 5 en 6 jaar werkzaam worden respectievelijk 10 en 14 keer gescoord.

De meerderheid van de artsen (68%) is geregistreerd als verzekeringsarts. Niet geregistreerd is 32%. Van de 109 respondenten was dit gegeven van 1 respondent onbekend.

In tabel 1 wordt de verdeling van artsen per regio weergegeven. Van de 109 respondenten was van 1 respondent onbekend in welke regio de persoon werkzaam is.
(Zie tabel 1).

Tabel 1 Verdeling artsen per regio

		Aantal	% incl. onbekend
Regio	Friesland/Groningen	35	32,1
	Utrecht	6	5,5
	Roermond/Venlo/Heerlen	17	15,6
	Rotterdam	19	17,4
	Amsterdam	31	28,4
	Totaal	108	99,1
Onbekend	99	1	,9
Totaal		109	100,0

Bij 73% (n = 80) van de artsen houdt de aard van het werk in WAO/WIA claimbeoordeling.
Bij 34% (n = 37) van de artsen houdt de aard van het werk in WAJONG claimbeoordeling.
Bij 1 respondent was onbekend of er WAJONG claimbeoordeling wordt verricht.
Bij 33% (n = 36) van de artsen houdt de aard van het werk in Ziektewet/Arborol.

Van de artsen doet 29,6% (n = 32) zowel WAO/WIA als WAJONG claimbeoordeling.
Van de artsen doet 6,5% (n = 7) alle drie de werkzaamheden, ofwel WAO/WIA, WAJONG en Ziektewet/Arborol.

5.3 Resultaten van de agressie vragen

Vraag 9
Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met intimiderend gedrag door de cliënt?

In de afgelopen 2 jaar heeft de groep respondenten gemiddeld 2 keer intimiderend gedrag door de cliënt meegemaakt.
(Zie tabel 6).

Zoals eerder is vermeld in hoofdstuk 4 zijn de scores van de variabelen intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon en verbale agressie gericht op de organisatie ook in een klassenindeling verwerkt. Het aantal keer is in 5 categorieën ingedeeld en onder een nieuwe variabele ingevoerd. De nieuwe categorieën zijn: 0 keer (nooit), 1 keer (een enkele keer/incidenteel), 2,3,4 keer (soms/af en toe), 5-10 keer (vaak), > 10 keer (heel vaak).
(Zie paragraaf 4.4).

Intimiderend gedrag volgens klassenindeling:

In de afgelopen 2 jaar heeft 25% van de respondenten geen intimiderend gedrag meegemaakt. Van de respondenten heeft 23% één keer, 33% af en toe, 15% vaak en 4% heel vaak intimiderend gedrag meegemaakt in de afgelopen 2 jaar.
(Zie tabel 2).

Tabel 2 Intimiderend gedrag volgens klassenindeling: frequentieverdeling

		Frequentie	%	Cumulatief %
Klasse	0 keer (nooit)	27	24,8	25,0
	1 keer (een enkele keer/incidenteel)	25	22,9	48,1
	2,3,4 keer (soms/af en toe)	36	33,0	81,5
	5-10 keer (vaak)	16	14,7	96,3
	> 10 keer (heel vaak)	4	3,7	100,0
	Totaal	108	99,1	
Onbekend	99	1	,9	
Totaal		109	100,0	

Er zijn wat betreft intimiderend gedrag geen significante verschillen tussen de regio´s gemeten (Cramer´s V = 0,17, p<0,71).

Vraag 11
Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met verbaal agressief gedrag gericht op de persoon door de cliënt?

In de afgelopen 2 jaar heeft de groep respondenten gemiddeld 1 keer verbaal agressief gedrag gericht op de persoon door de cliënt meegemaakt.
(Zie tabel 6).

Verbaal agressief gedrag gericht op de persoon volgens klassenindeling:

In de afgelopen 2 jaar heeft 40% van de respondenten geen verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt. Van de respondenten heeft 18% één keer, 29% af en toe en 10% vaak verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt.
(Zie tabel 3).

Tabel 3 Verbaal agressief gedrag gericht op de persoon volgens klassenindeling: frequentieverdeling

		Frequentie	%	Cumulatief %
Klasse	0 keer (nooit)	44	40,4	40,4
	1 keer (een enkele keer/incidenteel)	20	18,3	58,7
	2,3,4 keer (soms/af en toe)	32	29,4	88,1
	5-10 keer (vaak)	11	10,1	98,2
	> 10 keer (heel vaak)	2	1,8	100,0
Totaal		109	100,0	

Er is een verband tussen regio en verbaal agressief gedrag gericht op de persoon (Cramer´s V = 0,25, p< 0,05). Er valt globaal een tweedeling aan te wijzen tussen de regio's Friesland/Groningen, Roermond/Venlo/Heerlen en Amsterdam aan de ene kant, waar het

aandeel respondenten dat nooit te maken heeft gehad met verbaal agressief gedrag gericht op de persoon verhoudingsgewijs minder voorkomt dan met de regio's Utrecht en Rotterdam.

In de regio Friesland/Groningen zegt 31% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben in de afgelopen 2 jaar. 26% zegt één keer en 40% zegt af en toe verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben.

In de regio Utrecht zegt 67% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben in de afgelopen 2 jaar.

In de regio Roermond/Venlo/Heerlen zegt 35% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben in de afgelopen 2 jaar. 47% zegt af en toe, 12% zegt vaak en 6% zegt heel vaak verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben.

In de regio Rotterdam zegt 63% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben in de afgelopen 2 jaar. 16% zegt één keer, 16% zegt vaak en 5% zegt heel vaak verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben.

In de regio Amsterdam zegt 36% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben in de afgelopen 2 jaar. 23% zegt één keer, 26% zegt af en toe en 16% zegt vaak verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt te hebben.
(Zie tabel 4).

Tabel 4
Kruistabel regio * klassenindeling verbaal agressief gedrag gericht op de persoon

			Verbaal agressief gedrag gericht op de persoon					Totaal
			0 keer (nooit)	1 keer (incident.)	2,3,4 keer (af en toe)	5-10 keer (vaak)	> 10 keer (heel vaak)	
REGIO	Friesland/ Groningen	Aantal	11	9	14	1	0	35
		Kolom%	31,4%	25,7%	40,0%	2,9%	,0%	100,0%
	Utrecht	Aantal	4	1	1	0	0	6
		Kolom%	66,7%	16,7%	16,7%	,0%	,0%	100,0%
	Roermond/ Venlo/Heerlen	Aantal	6	0	8	2	1	17
		Kolom%	35,3%	,0%	47,1%	11,8%	5,9%	100,0%
	Rotterdam	Aantal	12	3	0	3	1	19
		Kolom%	63,2%	15,8%	,0%	15,8%	5,3%	100,0%
	Amsterdam	Aantal	11	7	8	5	0	31
		Kolom%	35,5%	22,6%	25,8%	16,1%	,0%	100,0%
Totaal		Aantal	44	20	31	11	2	108
		Kolom%	40,7%	18,5%	28,7%	10,2%	1,9%	100,0%

Vraag 13
Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie door de cliënt?

In de afgelopen 2 jaar heeft de groep respondenten gemiddeld 4 keer verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie door de cliënt meegemaakt.
(Zie tabel 6).

Verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie volgens klassenindeling:

In de afgelopen 2 jaar heeft 19% van de respondenten geen verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie meegemaakt. Van de respondenten heeft 38% af en toe, 19% vaak en 16% heel vaak verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie meegemaakt.
(Zie tabel 5).

Tabel 5 Verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie volgens klassenindeling: frequentieverdeling

		Frequentie	%	Cumulatief %
Klasse	0 keer (nooit)	21	19,3	19,4
	1 keer (een enkele keer/incidenteel)	9	8,3	27,8
	2,3,4 keer (soms/af en toe)	41	37,6	65,7
	5-10 keer (vaak)	20	18,3	84,3
	> 10 keer (heel vaak)	17	15,6	100,0
	Totaal	108	99,1	
Onbekend	99	1	,9	
Totaal		109	100,0	

Er is geen verband geconstateerd tussen verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie en de regio´s (Cramer´s V = 0,20, $p<0,33$).

Hieronder in tabel 6 staat in één tabel de beschrijvende statistiek van de absolute scores van de variabelen verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie en intimiderend gedrag. (Zie tabel 6).

Tabel 6 beschrijvende statistiek van intimiderend gedrag, verbale agressie op de persoon en verbale agressie op de organisatie

		Intimiderend gedrag	Verbale agressie persoon	Verbale agressie organisatie
Gemiddelde		2,2	1,4	4,2
Mediaan		1,0	1,0	2,0
Modus		0	0	2
Standaard Deviatie		3,1	1,8	8,4
Minimum		0	0	0
Maximum		25	10	50
	Onbekend	6	11	32
	Aantal	103	98	77

Vraag 15
Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met fysiek geweld in de spreekkamer door de cliënt?

Vraag 17
Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met fysiek geweld buiten de spreekkamer door de cliënt?

In de afgelopen 2 jaar heeft de groep respondenten gemiddeld nul keer te maken gehad met fysiek geweld zowel in de spreekkamer als buiten de spreekkamer.
(Zie tabel 7).

Tabel 7
Fysiek geweld in en buiten de spreekkamer: totale onderzoekspopulatie
Frequentieverdeling absolute aantallen: beschrijvende statistieken

		Fysiek geweld in spreekkamer	Fysiek geweld buiten spreekkamer
Gemiddelde		,1	,1
Mediaan		,0	,0
Modus		0	0
Standaard Deviatie		,5	,2
Minimum		0	0
Maximum		3	1
	Onbekend	0	0
	Aantal	109	109

In de afgelopen 2 jaar heeft 10% van de respondenten te maken gehad met fysiek geweld in de spreekkamer. (Zie tabel 8).

Tabel 8 Frequentieverdeling fysiek geweld in de spreekkamer: totale onderzoekspopulatie

		Frequentie	% incl. onbekend	% excl. onbekend	Cumulatief %
Aantal	0	98	89,9	89,9	89,9
	1	8	7,3	7,3	97,2
	2	2	1,8	1,8	99,1
	3	1	,9	,9	100,0
	Totaal	109	100,0	100,0	

In de afgelopen 2 jaar heeft 5,5% van de respondenten te maken gehad met fysiek geweld buiten de spreekkamer. (Zie tabel 9).

Tabel 9 Frequentieverdeling fysiek geweld buiten de spreekkamer: totale onderzoekspopulatie

		Frequentie	% incl. onbekend	% excl. onbekend	Cumulatief %
Aantal	0	103	94,5	94,5	94,5
	1	6	5,5	5,5	100,0
	Totaal	109	100,0	100,0	

Er zijn geen significante verschillen gemeten tussen de regio´s voor wat betreft fysiek geweld in en buiten de spreekkamer (resp. Cramer´s V = 0,18, p<0,61 en Cramer´s V = 0,22, p<0,27).

Vragen 10, 12, 14, 16, 18 en 19
Voorbeelden van meegemaakt agressief gedrag

In tabel 10 staat een opsomming van de meest genoemde voorbeelden van intimiderend gedrag in afnemende frequentie. Er werd 29 keer als meegemaakt intimiderend gedrag vermeld: de dreiging de arts wat aan te doen. In de meeste gevallen ging het om het dreigement: "ik weet je te vinden". In een aantal gevallen werd de arts met de dood bedreigd en/of met fysiek geweld. Bij 1 respondent ging het om herhaaldelijke bedreiging met de dood, waarvoor de cliënt inmiddels is veroordeeld. (Zie tabel 10).

Tabel 10 Meegemaakt intimiderend gedrag

Intimiderend gedrag	Aantal keer vermeld
Dreigen de arts wat aan te doen	29
Dreigende blik, dreigende houding	23
Stemverheffing	15
Gaan staan tijdens gesprek	15
Op het bureau slaan	14
Boos weglopen	11
Weigeren spreekkamer te verlaten	8
Dreigen met suïcide	6
Derde die zich dreigend opstelt/uitlaat	6
Dreigend over het bureau hangen	5
Dreigen met tuchtzaak/aanklacht	5
Deur hard dicht smijten bij weggaan	5
Dreigen het UWV kantoor te vernielen	3
Dreigen wapen te trekken/tonen wapen	2

Voorbeelden verbale agressie gericht op de persoon:
De meest genoemde voorbeelden van verbale agressie gericht op de persoon zijn schelden/uitschelden van de arts (21 keer), denigrerende opmerkingen over de arts (21 keer) en vloeken (4 keer). Bij schelden/uitschelden van de arts kreeg de arts allerlei scheldwoorden te horen. Bij de denigrerende opmerkingen werd vaak de kwaliteit als arts (zijn

professionaliteit) in twijfel getrokken. Opmerkingen zoals: “ u bent geen echte dokter”; “ hoe kan een arts zich hiervoor lenen” en “ alleen mislukte artsen worden verzekeringsartsen”.

Voorbeelden verbale agressie gericht op de organisatie:
Er werd 72 keer een voorbeeld ingevuld bij verbale agressie gericht op de organisatie. De voorbeelden omvatten voornamelijk het klagen over het UWV, schelden op het UWV en het uiten van boosheid over het UWV. Er wordt kritiek geleverd op het uitvoerend beleid van het UWV en het functioneren van het UWV. Een deel van de kritiek die cliënten tijdens het spreekuur uiten, gaat over de slechte (telefonische) bereikbaarheid, niet (tijdig) teruggebeld worden, niet in contact kunnen komen met de verantwoordelijke UWV medewerker, het niet tijdig uitbetalen van uitkeringen (met name ziekengeld), onheuse bejegening door andere UWV medewerkers, te laat en/of verkeerde brieven en boosheid over nieuwe wetgeving.

Voorbeelden fysiek geweld in en buiten de spreekkamer:
Van de voorbeelden die gegeven zijn meldt 1 respondent 2 keer gestompt te zijn, 1 respondent is bij de keel gegrepen en door het geven van een knietje liet de cliënt los. Een andere respondent meldt dat een cliënt hem stiekem gevolgd was door de beveiligde deuren en plots naast hem stond in de spreekkamer. Deze cliënt bleek zeer agressief te zijn en wilde de arts te lijf gaan. Een collega kwam direct op de alarmbel af. In de andere gevallen ging het om het gooien van inventaris (bijvoorbeeld stoel/telefoon/perforator) richting de arts.

Voorbeelden aangegeven agressieve gedragingen die als meest agressief ervaren zijn:
Van de voorbeelden die gegeven zijn betreft het 38 keer intimiderend gedrag wat als meest agressief werd ervaren, 12 keer verbale agressie gericht op de persoon en 5 keer fysiek geweld in en/of buiten de spreekkamer.

Van intimiderend gedrag zijn meerdere vormen genoemd zoals beschreven in tabel 9. Opvallend vaak vermeld is het dreigen de arts wat aan te doen (12 keer). Het gaat dan om onder andere bedreiging met de dood, dreigen met neerschieten, dreigen het huis van de arts in brand te steken en het uiten van het dreigement “ we weten je te vinden”.

Meest genoemde redenen waarom juist dit gedrag als meest agressief gedrag werd ervaren:
Het gedrag is onvoorspelbaar, onberekenbaar en ongrijpbaar. Het gedrag maakt de arts onzeker. Het gedrag komt onverwachts en de arts kan zich er niet op instellen. De arts weet niet waar het gedrag ophoudt. Het is moeilijk om in te schatten of de dreiging daadwerkelijk tot uitvoer wordt gebracht. Het gedrag raakt de arts persoonlijk en treft de arts privé (angst voor het welzijn van zijn gezinsleden).

Vraag 20
Hoe zou u omschrijven, wat dit door u als meest agressief ervaren gedrag met u deed?

Van de onderzoeksgroep was 18% van streek na afloop. Bij 15% heeft hun plezier in hun werk er onder te lijden. 56% was een korte tijd uit balans, maar daarna voelde ze zich weer als vanouds. 7% heeft meer zelfvertrouwen. 11% went aan stress en 6% voelt zich sterker dan voorheen.

Van de onderzoeksgroep heeft 29% “anders” ingevuld. De antwoorden die ingevuld zijn onder antwoordcategorie “anders” zijn ingedeeld in een aantal alternatieven voor emotionele reacties op agressie. In tabel 11 staat een opsomming van de genoemde alternatieven.

Tabel 11 Alternatieven voor emotionele reacties op agressie

Emotionele reacties op agressie	Aantal keer vermeld
Geen invloed gehad	9
Geen omdat er weinig tot geen agressie is meegemaakt	7
Meer alert, voorzichtig en behoedzaam voor agressie	8
Geschrokken, geïrriteerd	6
Behoefte om te praten	2

Vraag 21
Hoe gaat u zelf in het algemeen met uw emoties om?

Van de onderzoeksgroep is 10% geen prater. 7% slikt zijn emoties in. 6% stopt ze weg. 56% praat van zich af. 65% zoekt steun in de naaste omgeving. 24% gaat sporten en 6% trekt zich terug.

Van de onderzoeksgroep heeft 16% "anders" ingevuld. Van deze antwoorden is het vaakst aangegeven dat men praat met collega´s als een manier om te gaan met zijn emoties. Verder wordt het praten met stafarts, leidinggevende en met familie/vrienden een aantal keer vermeld. Andere alternatieven die vermeld worden als een manier om te kunnen omgaan met emoties zijn: rationaliseren, het lichaam reageert met pijn en wandelen.

Vraag 22
Hoe reageerden uw collega´s onderling op het agressie-incident met het door u als meest agressief ervaren gedrag?

De eerste 5 antwoordmogelijkheden, die negatieve reacties aangeven, zijn slechts 2 keer aangekruist. 1 keer is aangekruist dat er flauwe grappen werden gemaakt en 1 keer dat de arts te horen kreeg wat hij anders had moeten doen.

Van de onderzoeksgroep werd 50% goed opgevangen door hun collega´s. 21% kreeg voldoende ondersteuning van hun leidinggevende. Bij 42% werd er begripvol gereageerd en werd het incident besproken. Bij 7% werd er nadere actie door de organisatie ondernomen zoals er werd aangifte bij de politie gedaan.

Van de onderzoeksgroep heeft 23% "anders" ingevuld.
Opvallende vermeldingen van de antwoorden bij "anders" zijn:
5 respondenten hebben het incident niet besproken met hun collega´s. Hiervan meldt 1 respondent dat hij het incident niet als ernstig heeft ervaren en een andere respondent meldt dat voor hem de zaak was afgedaan na het incident. 7 respondenten melden dat er voldoende over gesproken is met de collega´s. Bij 1 kantoor is er een collega die geschoold is in begeleiding na geweldsincidenten en die biedt gesprekken aan. 4 respondenten melden dat de organisatie en management in gebreke blijven en weinig tot niets doen.

Vraag 23
Vindt u, dat er binnen uw kantoor voldoende ruimte en veiligheid is om over agressie-incidenten te praten?

Van de respondenten vindt 84% dat er binnen hun kantoor voldoende ruimte en veiligheid is om over agressie-incidenten te praten. 6% vindt van niet en 10% heeft geen mening.

Vraag 24
Wat kan er volgens u verbeterd worden?

Van de respondenten geeft 54% suggesties voor verbetering.

De suggesties tot verbetering zijn ingedeeld in:
- technische maatregelen
- organisatorische maatregelen
- management maatregelen
- cursus omgaan met agressie
- maatregelen met betrekking tot communicatie
- sanctie maatregelen.

Hieronder volgt een beschrijving van de gegeven suggesties volgens bovenstaande indeling.

Technische maatregelen:
Door 16 respondenten werden de volgende technische maatregelen genoemd: spreekkamer met goede alarmeringsmogelijkheden, een vluchtroute en vluchtdeur, afschaffing huidige klantzone, een afscheiding tussen wachtruimte en spreekkamer met beveiliging, detectiepoortjes bij toegang naar wachtkamers voor screenen op wapens en messen, een doorkijkvenster in of naast de deur om te zien wat er in de spreekkamer gebeurt, bredere bureau´s om voldoende fysieke afstand te kunnen houden, zorgen voor goede veiligheid buiten het UWV gebouw zoals voldoende verlichting bij ingang en parkeerplaats van personeel en meer klantvriendelijke wachtruimtes.

5 respondenten gaven aan moeite te hebben met het werken in de huidige klanten contact zone zoals dit nu op een aantal kantoren plaatsvindt. Het zou optimaler ingericht en beveiligd moeten worden. Volgens hen werkt het momenteel agressieverhogend door de inrichting en het geeft een minder veilig gevoel voor de artsen. Klanten hebben direct toegang tot de spreekkamers van de artsen en er zijn geen doorkijkvensters in de deuren of naast de deuren geplaatst.
5 respondenten (4 van regio Amsterdam) stelde voor het gebruik van detectiepoortjes bij de toegang naar de wachtkamer voor het screenen op wapens en messen. Dit naar aanleiding van een aantal incidenten met het tonen van wapens/messen tijdens het spreekuur.
Door 6 respondenten werd gemeld dat de alarmering en/of vluchtroutes verbeterd dienen te worden.

Organisatorische maatregelen:
Door 10 respondenten werden de volgende organisatorische maatregelen genoemd: beveiligingspersoneel in de directe omgeving van de spreekkamers zodat ze snel ter plekke kunnen zijn. Het beveiligingspersoneel dient meer bekwaam, goed geïnstrueerd en vast personeel te zijn. Zichtbare beveiligingsrondes door als beveiliging herkenbare functionarissen. Goed functionerende en vaste receptionisten. Bij komst potentieel agressieve

cliënt beveiliging in de buurt van de spreekkamer en collega´s van te voren waarschuwen. Met collega´s beleid afspreken. Goede en heldere afspraken maken met de politie in de buurt in verband met eventueel ingrijpen of aangifte doen. Duidelijke afspraken over het meenemen van (potentiële) wapens door cliënten naar het spreekuur. Aantal begeleiders van de cliënt beperken tot maximaal 1 persoon. Markering van dossiers van potentieel gewelddadige cliënten. Meldingsformulier voor het personeel over dit soort gedrag.

Management maatregelen:
Door 16 respondenten werden de volgende management maatregelen genoemd:
zorgen dat alle leidinggevenden op de hoogte zijn van het agressieprotocol. Het op een uniforme wijze en met een geprotocolleerde aanpak uitvoeren en naleven van dit agressieprotocol. Het agressieprotocol bespreken in het werkoverleg en vakoverleg en structureel op de agenda van het werkoverleg zetten. Het agressieprotocol doorspreken met de beveiliging. Meer steun, loyaliteit en begrip van het management voor zijn medewerkers. Men wil serieus genomen worden en wil dat het management meer opkomt voor zijn medewerkers. Bijvoorbeeld dat als het nodig is, de arts tijdelijk minder productie maakt zonder zich te moeten verdedigen.

Cursus omgaan met agressie:
Door 10 respondenten werd een agressie training voor artsen voorgesteld om te leren omgaan met agressie. Van vrijwillige deelname tot verplichting voor elke arts wordt voorgesteld. Sommigen van hen hebben een dergelijke cursus gevolgd.

Maatregelen met betrekking tot communicatie:
Door 10 respondenten werden maatregelen genoemd die betrekking hebben op communicatie: als organisatie moeten we goed werk leveren, op tijd, zorgvuldig, inzichtelijk. Door administratieve processen beter te laten functioneren zullen zaken voor cliënten beter lopen en zal veel boosheid worden voorkomen. Het voorkomt dat mensen al volledig opgewonden op het spreekuur komen. Dit betekent onder andere tijdig uitkering uitbetalen, tijdig terugbellen en een betere communicatie tussen de verschillende afdelingen. Voorlichting en uitleg naar de cliënt is belangrijk. De cliënt moet op tijd zijn vragen en emoties kwijt kunnen. Dit voorkomt escalatie. Volgens een van de respondenten blijkt goede informatie agressie tegen te gaan. Veel frustratie ontstaat door machteloosheid en gebrek aan inzicht in de procesgang. Een voorstel is informatieavonden voor WAO´ers te organiseren over de gang van zaken bij het UWV en de nieuwe wetgeving. Afschaffen van de communicatie via de klantcontactcentra. Dit leidt er toe dat cliënten hun vragen en problemen nauwelijks kwijt kunnen. Zorgen voor een betere bereikbaarheid van de medewerkers. Duidelijkere en klantvriendelijkere brieven opstellen en tijdig naar cliënten versturen. De brieven zijn over het algemeen bedreigend. Vermijden van volle wachtkamers en balies. Meer tijd nemen voor de gevalsbehandeling. Als verzekeringsarts rustig blijven en opmerken dat spanning of agressie oploopt. Dit benoemen en bespreekbaar maken. De arts dient adequaat met agressie te kunnen omgaan.

Sanctie maatregelen:
Door 7 respondenten werden sanctie maatregelen genoemd: direct en harder kunnen optreden tegen cliënten middels strafmaatregelen zoals een kantoorpandverbod, uitkering opschorten dan wel te stoppen, als organisatie aangifte doen. Er zouden meer maatregelen moeten komen t.a.v. eventuele agressors. De organisatie dient een duidelijke boodschap uit te dragen naar cliënten dat agressief gedrag niet toelaatbaar is en niet getolereerd wordt.

5.4 Samenhang

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre kenmerken van de onderzoeksgroep samenhangen met de verschillende vormen van agressie. Vervolgens wordt de onderlinge samenhang tussen de agressievariabelen beschreven.

Relatie leeftijd en agressie
Bij geen van de onderzochte vormen van agressie is een significant verband met leeftijd aangetoond. (Zie bijlage tabel 12 voor de p-waarden).

Relatie geslacht en agressie
Bij geen van de onderzochte vormen van agressie is een significant verband met geslacht aangetoond. (Zie bijlage tabel 13 voor de p-waarden).

Relatie tussen werkervaring en agressie
Bij geen van de onderzochte vormen van agressie is een significant verband met werkervaring aangetoond. (Zie bijlage tabel 14 voor de p-waarden).

Relatie tussen aard van het werk en agressie
Er is geen significant verband tussen WAO/WIA werkzaamheden en een van de onderzochte vormen van agressie. (Zie bijlage tabel 15 voor de p-waarden).

Er is geen significant verband tussen Ziektewet/Arborol werkzaamheden en een van de onderzochte vormen van agressie. (Zie bijlage tabel 16 voor de p-waarden).

Tussen de agressievorm verbale agressie gericht op de persoon en WAJONG werkzaamheden is een significant verschil gevonden ($t = 2{,}03$; $p < 0{,}05$). Dit betekent dat de respondenten die WAJONG claimbeoordelingen doen gemiddeld meer te maken hebben met verbale agressie gericht op de persoon, vergeleken met de respondenten die geen WAJONG claimbeoordelingen doen. Tussen de overige onderzochte vormen van agressie en WAJONG werkzaamheden is er geen significant verband.

Onderlinge samenhang agressievariabelen
Bij het invoeren van de gegevens viel al op dat een aantal respondenten hoog scoren op meerdere vormen van agressie. Dit riep de vraag op of dit over de algehele linie zo is, dat personen die hoog scoren op de ene vorm van agressie tevens hoog scoren op een andere vorm van agressie.

De combinatie intimiderend gedrag en verbale agressie gericht op de persoon komt bij 80 procent van de respondenten voor. De combinatie verbale agressie gericht op de persoon en verbale agressie gericht op de organisatie is bij driekwart van de respondenten voorgekomen de afgelopen twee jaar. De helft van de respondenten had in deze periode te maken met alle drie de vormen van agressie: intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon en verbale agressie gericht op de organisatie (n = 75*).

Vervolgens is onderzocht of alle vormen van agressie, inclusief de twee vormen van fysiek geweld, onderling met elkaar samenhangen. Bij deze analyse zijn drie uitbijters buiten de analyse gehouden. Dit betreft respondenten die op een van deze agressievariabelen een score 25 of hoger hebben. Het blijkt dat intimiderend gedrag en verbale agressie gericht op de persoon met elkaar samenhangen (Pearson $r = 0{,}69$, $p < 0{,}01$). Dit betekent dat respondenten

die hoog scoren op de variabele intimiderend gedrag, ook hoog scoren op de variabele verbale agressie gericht op de persoon. Verbale agressie gericht op de persoon hangt eveneens samen met verbale agressie gericht op de organisatie (Pearson $r = 0,32$, $p < 0,01$). Dit betekent dat respondenten die hoog scoren op de variabele verbale agressie gericht op de persoon ook hoog scoren op de variabele verbale agressie gericht op de organisatie. Verder hangt verbale agressie gericht op de persoon samen met fysiek geweld in de spreekkamer (Pearson $r = 0,20$, $p < 0,05$). Dit betekent dat respondenten die hoog scoren op de variabele met verbale agressie gericht op de persoon ook hoog scoren op de variabele fysiek geweld in de spreekkamer.

*Het getal 75 slaat op 75 respondenten die geldige antwoorden hebben gescoord op alle drie agressievariabelen. [Uitleg: Geldig wil zeggen een score van 0 of hoger. 75 = 109 (totaal) minus de missing values, dat zijn er 34. Dat wil zeggen dat 34 respondenten op 1 van de agressie variabelen een missing value heeft gegeven. Deze scores worden paarsgewijs geschrapt, omdat je van je respondenten juist de combinaties wil weten. Wanneer een respondent op een onderdeel van de combinatie een ontbrekende score vertoont, dan valt deze persoon uit de analyse.]

Hoofdstuk 6 Discussie

6.1 Inleiding

De doelstelling van dit onderzoek is gericht op het inventariseren van de huidige ervaringen van verzekeringsartsen van het UWV met agressie in het werk, hoe er met agressie wordt omgegaan en welke suggesties voor verbetering men nodig acht. Hiertoe zijn 4 onderzoeksvragen geformuleerd. De beantwoording van de vraagstellingen en de kanttekeningen hierbij worden in dit hoofdstuk beschreven.

6.2 Conclusies en kanttekeningen

Er is gebruik gemaakt van een vragenlijst die onder 316 verzekeringsartsen van het UWV in 5 regio´s is verspreid, te weten Friesland/Groningen, Utrecht, Roermond/Venlo/Heerlen, Rotterdam en Amsterdam. Er werden 109 vragenlijsten teruggestuurd. De response was 34,5%.

Het huidige onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste de generaliseerbaarheid is door het lage responspercentage beperkt. Met een response van 34,5% mag er niet van uitgegaan worden dat de resultaten representatief zijn voor de gehele artsenpopulatie van het UWV. De response per regio was voor de regio Friesland/Groningen, behoorlijk groter vergeleken met de andere regio´s (59%). Een mogelijke verklaring voor dit verschil in response is, dat het de regio betreft waar de onderzoeker zelf werkzaam is en daardoor er mogelijk meer bereidheid is om mee te werken.
De response van dit onderzoek is lager vergeleken met eerdere onderzoeken. In het onderzoek van Binsbergen was de response 66% en in het onderzoek van Croon & Langius was de response 68% (Binsbergen, 1989, Croon & Langius, 1990).

Ten tweede is dat het verzoek tot deelname verliep via de stafartsen van de verzekeringsartsen. Er werd voor deze aanpak gekozen omdat het de meest eenvoudige en snelste manier was om alle artsen in de uitgezochte regio´s te kunnen benaderen (zie paragraaf 4.3 Stappenplan). Daarbij was de verwachting dat het een hogere respons zou opleveren als de artsen de vragenlijst via hun stafarts aangeboden kregen. Er is echter sprake van een lage response in dit onderzoek. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het gebruik van een tussenpersoon, in dit geval de stafarts, juist een remmende factor was in plaats van een stimulerende factor. Tevens werd door het gebruik van een tussenpersoon geen reminder aan de artsen gestuurd. Dit is wel gebruikelijk in onderzoek. Een reminder had mogelijk ook de respons in dit onderzoek kunnen verhogen.
Er kan een vertekening van gegevens zijn (bias) op het verzoek een vragenlijst in te vullen. Een arts die agressie in het werk heeft meegemaakt is mogelijk meer geneigd om daarover een vragenlijst in te vullen dan een arts bij wie dit niet het geval is. Dit kan leiden tot een overschatting van agressie.

Ten derde is er in de vragenlijst een onderscheid gemaakt naar verschillende vormen van agressie namelijk intimiderend gedrag, verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie, fysiek geweld in de spreekkamer en fysiek geweld buiten de spreekkamer. Er is naar elk van deze agressievorm apart gevraagd. In de vragenlijst zijn deze begrippen met voorbeelden toegelicht. Het gevolg kan zijn, dat de respondenten door de voorbeelden gestuurd worden in de beantwoording van de vragen. De reden om toch voorbeelden te geven is om de verschillen in interpretaties die het begrip agressie kan

opleveren, zo klein mogelijk te houden. Helemaal uitsluiten lukt nooit, omdat in de praktijk deze beschreven agressievormen in elkaar over lopen. De scheidingslijn is niet altijd duidelijk te trekken. Echter misclassificatie door verkeerde interpretatie kan zijn opgetreden.

Ten vierde er is bij de verwerking van de gegevens gekozen voor een klassenindeling omdat meerdere keren "anders" werd ingevuld, dan de keuzemogelijkheden 0 keer, 1 keer, 2 keer. Sommige respondenten gaven een aantal op per week. Het werd onbetrouwbaar om op basis van deze informatie het aantal incidenten van intimiderend gedrag over de afgelopen twee jaar te berekenen. Om toch van deze gegevens gebruik te kunnen maken is gekozen om de antwoorden in klassen in te delen. Bij het bovenbeschreven voorbeeld kan er van uitgegaan worden dat de respondent die aangaf twee keer per week een incident van intimiderend gedrag mee te maken, in ieder geval meer dan 10 ervaringen heeft gehad in de afgelopen 2 jaar. Op deze manier konden deze antwoorden verwerkt worden en werden ze niet als onbekend gescoord. Deze omzetting naar een klasse kan wel tot een onderschatting geleid hebben. Deze kanttekening geldt ook voor de variabelen verbale agressie gericht op de persoon, verbale agressie gericht op de organisatie en fysiek geweld in en buiten de spreekkamer.

In de afgelopen 2 jaar heeft 75% van de onderzoeksgroep te maken gehad met intimiderend gedrag door de cliënt, 60% met verbaal agressief gedrag gericht op de persoon en 81% met verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie. Dit zijn hoge percentages. Uit het onderzoek onder bedrijfsartsen van Martines en van Hoven bleek dat respectievelijk 80% en 67,5% het gevoel had in het voorafgaande jaar onder druk gezet te worden door werknemers om een beslissing te nemen waar men niet achter stond (Martines, 2001, Hoven, 2005). Uit het onderzoek van Binsbergen onder verzekeringsgeneeskundigen bleek 67% in het laatste half jaar geconfronteerd te zijn geweest met een vorm van agressie (Binsbergen, 1989). Uit het onderzoek van Bekendam & Lopes bleek 59% het laatste half jaar geconfronteerd te zijn geweest met agressief gedrag van een cliënt (Bekendam & Lopes, 1998). Uit het onderzoek van Evers bleek dat 68% van de verzekeringsartsen het afgelopen jaar te maken had gehad met agressieve cliënten (Evers, 1999). Het is moeilijk om het huidige onderzoek te vergelijken met de andere onderzoeken uit de literatuurstudie door de verschillende gebruikte methodieken en doordat elk onderzoek zijn eigen definities van agressie hanteert. Hierdoor kunnen de cijfers niet nauwkeurig met elkaar vergeleken worden. Desalniettemin blijkt het voorkomen van deze verschillende vormen van agressie onder verzekeringsartsen overeen te komen met de mate waarin agressie is aangetoond in eerdere onderzoeken.

In de afgelopen 2 jaar heeft 10% van de onderzoeksgroep fysiek geweld in de spreekkamer meegemaakt en 5,5% fysiek geweld buiten de spreekkamer. Dit is een hoog percentage als men bedenkt dat het om de meest ernstige vorm van agressie gaat. Uit het onderzoek van Binsbergen bleek 7% van de verzekeringsgeneeskundigen geconfronteerd te zijn geweest met fysiek geweld (Binsbergen,1989). Uit het onderzoek van Evers bleek 32% van de verzekeringsartsen het afgelopen jaar geconfronteerd te zijn geweest met fysiek geweld (Evers, 1999). Uit het onderzoek van Martines en van Hoven bleek respectievelijk 15% en 8,5% in het voorafgaande jaar met fysiek geweld te zijn geconfronteerd (Martines, 2001, Hoven, 2005). Ook deze onderzoekscijfers kunnen niet nauwkeurig met elkaar vergeleken worden wegens de verschillende gebruikte methodieken en definities van agressie. Echter het voorkomen van fysiek geweld onder verzekeringsartsen blijkt redelijk overeen te komen met de mate waarin fysiek geweld is aangetoond in eerdere onderzoeken.

Er zijn wat betreft intimiderend gedrag, verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie en fysiek geweld in en buiten de spreekkamer geen significante verschillen tussen de regio´s gemeten wat betreft deze regio´s. Dit betekent dat er geen regionale verschillen zijn gevonden voor deze vormen van agressie. Dit werd aanvankelijk wel verondersteld. Het is plausibel om te veronderstellen dat mensen uit de grote steden van de randstad eerder agressief gedrag vertonen vanwege een veel grotere bevolkingsdichtheid. Veel meer inwoners die veel dichter op elkaar wonen, minder ruimte en groen en verder de meer algemene grote stedenproblematiek zoals: overlast, criminaliteit, discriminatie, andere mentaliteit en intolerantie. Dit zijn factoren die spanningsverhogend werken. Uit de literatuurstudie blijkt er in eerdere onderzoeken niet gekeken te zijn naar regio en de mate waarin agressie is aangetoond. Deze bevinding kan dus niet vergeleken worden met eerdere onderzoeken.

Er is wel enig verband tussen regio en verbaal agressief gedrag gericht op de persoon gemeten. Verhoudingsgewijs komt verbaal agressief gedrag gericht op de persoon minder voor in de regio´s Rotterdam en Utrecht. In de regio Rotterdam heeft 63% en in de regio Utrecht heeft 67% nooit verbaal agressief gedrag gericht op de persoon meegemaakt in de afgelopen 2 jaar. Dit is aanzienlijk meer vergeleken met de regio Amsterdam (36%). Een opvallend verschil wat men niet zou verwachten, omdat het alle drie om grote steden gaat. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is, dat het mensen verschillend reageren op agressie. Het is subjectief of men een gebeurtenis als schokkend ervaart. Een andere mogelijke verklaring is, dat de verzekeringartsen in de regio Utrecht en Rotterdam meer gewend zijn aan grof taalgebruik en uitschelden van de arts en daarom rapporteren ze het niet. Een andere verklaring kan zijn dat verbale agressie gericht op de persoon in de regio Amsterdam meer voorkomt. Mogelijk dat de cliënten in deze regio minder klantvriendelijk bejegend zijn en daardoor al meer geprikkeld naar de afspraak komen.

Bij geen van de onderzochte vormen van agressie is een significant verband met leeftijd, geslacht en werkervaring aangetoond. Dit werd aanvankelijk wel verondersteld. Het is plausibel om te veronderstellen dat oudere verzekeringsartsen enkel op grond van hun leeftijd respectvoller bejegend zullen worden dan jongere verzekeringsartsen. Leeftijd gaat immers samen met ervaring en dit zou cliënten mogelijk meer vertrouwen kunnen geven. Door meer werkervaring zou men kunnen verwachten dat deze artsen beter om kunnen gaan met agressie en daardoor minder agressie meemaken.
Men zou ook kunnen verwachten dat cliënten minder snel agressief worden naar vrouwelijke artsen. Vrouwen zijn immers fysiek minder weerbaar, zijn communicatief vaardiger, hebben een beter vermogen zich in te leven in de gevoelens van anderen en door het getoonde begrip minder agressie oproepen.

Tussen de agressievorm verbale agressie gericht op de persoon en WAJONG werkzaamheden is een significant verschil gevonden. De respondenten die WAJONG claimbeoordelingen doen hebben gemiddeld meer te maken hebben met verbale agressie gericht op de persoon, vergeleken met de respondenten die geen WAJONG claimbeoordelingen doen. Een mogelijke verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat het bij de WAJONG populatie over het algemeen om jongvolwassenen gaat met regelmatig beperkingen op verstandelijke gebied en/of beperkingen in de sociale interactie en communicatie. Het is aannemelijk dat de aard van hun handicap of beperkingen van invloed zijn op de manier waarop zij hun boosheid of irritatie uiten.

Het blijkt dat respondenten die veel te maken hebben met intimiderend gedrag, ook veel te maken hebben met verbale agressie gericht op de persoon. Respondenten die veel te maken

hebben met verbale agressie gericht op de persoon hebben ook veel te maken met verbale agressie gericht op de organisatie. Verder hebben respondenten die veel te maken hebben met verbale agressie gericht op de persoon ook veel te maken met fysiek geweld in de spreekkamer. Hieruit blijkt dat de verschillende vormen van agressie meestal samen voorkomen. Dit blijkt ook uit de literatuurstudie. In de verschillende onderzoeken die in hoofdstuk 2 beschreven worden, wordt aangetoond dat meerdere vormen van agressie tegelijk kunnen voorkomen (Binsbergen, 1989, Evers, 1999, Van Dam & Engelen, 2004). De vormen van agressie blijken ook vaak in elkaar over te lopen en het is moeilijk om een grens te trekken tussen de verschillende vormen. Het lijkt erop dat een mildere vorm van agressie een voorloper blijkt te zijn van een ernstigere vorm van agressie.

Een opvallend aspect uit de voorbeelden die beschreven zijn van de meegemaakte vormen van agressie, zijn de voorbeelden die beschreven zijn bij de agressievorm verbale agressie gericht op de organisatie. Een deel van de kritiek die cliënten tijdens het spreekuur uiten, gaat over de slechte (telefonische) bereikbaarheid, niet (tijdig) teruggebeld worden, niet in contact kunnen komen met de verantwoordelijke UWV medewerker, het niet tijdig uitbetalen van uitkeringen (met name ziekengeld), onheuse bejegening door andere UWV medewerkers, te laat en/of verkeerde brieven en boosheid over nieuwe wetgeving. Dit lijkt in overeenstemming met wat uit de literatuurstudie naar voren komt:
Sinds de vernieuwde wetgeving blijkt volgens het jaarverslag van UWV 2005 dat bij 38% van de bijna 120.000 herbeoordeelde arbeidsongeschikten in 2005 de uitkering is verlaagd of ingetrokken (Jaarverslag 2005 UWV). Uit het jaarverslag van de Nationale Ombudsman van 2005 blijkt dat er relatief veel klachten over het UWV (1671 klachten in totaal, ofwel 16%) zijn binnengekomen. De klachten hebben betrekking op interne klachtbehandeling, informatieverstrekking, dienstverlening, bejegening en rente- en schadevergoeding (Jaarverslag Nationale Ombudsman 2005). Met andere woorden de kritiek op het UWV die de artsen te horen krijgen in de spreekkamer, is terug te zien in de aantallen klachten die er bij de Nationale Ombudsman gemeld werden en in de daling van het aantal en de hoogtes van de WAO uitkeringen sinds de verscherpte regelgeving. Hier ligt een aanknopingspunt of aanbeveling voor het UWV dat door de bereikbaarheid, de dienstverlening en dergelijke te verbeteren agressie in de spreekkamer is terug te brengen.

Uit de resultaten over hoe de verzekeringsartsen met agressie omgaan kan geconcludeerd worden dat het als meest agressief ervaren gedrag op een groot deel van de onderzoeksgroep een negatief effect heeft gehad. Dit sluit aan bij wat er in de literatuurstudie naar voren komt over gevolgen van agressie. Een confrontatie met agressie geeft spanning en stress en kan leiden tot een stressreactie. Door de vraag naar het meest agressief ervaren gedrag is er gefocust op het effect van de meest indrukwekkende agressieve ervaring. Dit heeft als voordeel dat er wordt aangesloten bij een concrete herinnering aan een indrukwekkende gebeurtenis. Dit levert waarschijnlijk meer concrete en persoonlijke informatie op over het effect en de manier van omgaan hiermee, dan een meer algemene vraag naar het effect van agressie en naar de manier van omgaan met agressie.
Bij de helft blijkt voldoende opvang op het werk na het agressie-incident te hebben plaatsgevonden. De overgrote meerderheid van de onderzoeksgroep is van mening dat de werkgever voldoende ruimte en veiligheid biedt om over agressie-incidenten te praten. Dit komt overeen met de manier waarop de meeste artsen zeggen om te gaan met hun emoties, namelijk steun zoeken in de naaste omgeving.

Meer dan de helft van de respondenten geeft een of meerdere suggesties voor verbeteringen. Wat hierbij opvalt is dat de suggesties zeer concreet en gedetailleerd zijn. Een verklaring

hiervoor kan zijn dat de respondenten het onderwerp serieus nemen en dat men er waarde aan hecht dat de geboden suggesties goed begrepen worden.
De suggesties die gegeven werden door de respondenten brengen voor het voetlicht waar het mogelijk te kort schiet binnen de organisatie te weten: technische en organisatorische maatregelen, maatregelen met betrekking tot management, communicatie, sancties en het leren omgaan met agressie. Deze suggesties geven een signaal af naar de leidinggevenden binnen de organisatie. Anderzijds kunnen deze suggesties richting geven aan de huidige uitvoering van het agressiebeleid binnen het UWV.
De suggesties die gegeven worden komen in grote lijnen overeen met wat in de literatuur beschreven wordt waaraan een goed agressie en geweld beleid dient te voldoen (Arbeidsinspectie 2005, Nota Agressiebeleid UWV, 2005). In dit onderzoek is niet gevraagd of men op de hoogte is van de bestaande nota Agressiebeleid UWV en in hoeverre het beleid in de praktijk wordt toegepast.

6.3 Aanbevelingen

In het voorgaande zijn de resultaten in kaart gebracht en op grond daarvan zijn conclusies getrokken. Naar aanleiding hiervan worden de volgende aanbevelingen gedaan.

Beleid kennen en uitvoeren
Er is een nota Agressiebeleid UWV waarin het UWV breed beleid staat hoe om te gaan met incidenten, geweld en agressie door externe klanten. Ondanks de implementatie van dit agressiebeleid blijkt in de praktijk dit agressiebeleid niet bij alle medewerkers bekend en toegepast te worden. Dit blijkt uit sommige antwoorden van de respondenten die gegeven zijn bij de vraag naar suggesties voor verbetering. Aan de ene kant zijn niet alle verzekeringsartsen bekend met dit beleid. Aan de andere kant zijn niet alle leidinggevenden voldoende op de hoogte van de inhoud van dit beleid. Dit zou nader de aandacht verdienen.

Het UWV dient zorg te dragen dat alle medewerkers (inclusief het management) op de hoogte zijn van het agressiebeleid en op de hoogte van de maatregelen die genomen dienen te worden bij een agressie-incident. Het is belangrijk dat het agressieprotocol door alle medewerkers wordt gebruikt en op een uniforme wijze uitgevoerd. Verder is voorlichting over agressie van belang, vanwege de mogelijke negatieve gevolgen van een confrontatie met agressie.

Een ander punt van aandacht is de mogelijke rol van de organisatie die zelf agressie in de hand werkt. De organisatie kan agressie in de spreekkamer verminderen of terugdringen door bijvoorbeeld duidelijke en klantvriendelijke brieven, door tijdig terug te bellen en het tijdig uitbetalen van uitkeringen.

Structurele verbeteringen
Uit de genoemde suggesties voor verbetering en de gegeven voorbeelden van meegemaakte agressie kan geconcludeerd worden dat er op bouwtechnisch gebied ten aanzien van een veilige werkplek ook nog verbeteringen mogelijk zijn. Een suggestie is een lijst van bouwtechnische eisen waaraan een veilige werkplek dient te voldoen. UWV zou dan alle werkplekken waar contact is met cliënten kunnen doorlichten aan de hand van een dergelijke lijst. Concreet betekent dit dat er gekeken wordt naar: spreekkamer met goede alarmeringsmogelijkheden, een vluchtroute en vluchtdeur, huidige klantzone, een afscheiding tussen wachtruimte en spreekkamer met beveiliging, detectiepoortjes bij toegang naar wachtkamers voor screenen op wapens en messen, een doorkijkvenster in of naast de deur om te zien wat er in de spreekkamer gebeurt, bredere bureau´s om voldoende fysieke afstand te

kunnen houden, zorgen voor goede veiligheid buiten het UWV gebouw zoals voldoende verlichting bij ingang en parkeerplaats van personeel en meer klantvriendelijke wachtruimtes.

Vaardigheden
Daar de kans op een confrontatie met een vorm van agressie voor de verzekeringsarts reëel aanwezig is, is het belangrijk dat verzekeringsartsen om kunnen gaan met agressie en weerbaarder worden. Ze behoren vaardigheden hiertoe te ontwikkelen. Leren gebruik te maken van communicatietechnieken om deëscalerend te kunnen optreden. Dit kan door middel van cursussen omgaan met agressie. Het advies is om dergelijke cursussen aan verzekeringsartsen verplicht te stellen en deze cursussen periodiek te herhalen. Leidinggevenden zullen getraind moeten worden om een adequate opvang en begeleiding te kunnen geven bij hun verzekeringsartsen die te maken hebben gehad met een agressie-incident.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek
Daar de resultaten uit dit onderzoek niet gegeneraliseerd mogen worden en dus niet representatief zijn voor de gehele verzekeringsartsenpopulatie van het UWV is het voorstel: hetzelfde onderzoek herhalen, zonder tussen persoon, via een steekproef uit het personeelsbestand, waarbij de respondenten persoonlijk en schriftelijk benaderd worden door middel van een brief die thuis bezorgd wordt in plaats van op de werkplek. Mogelijk dat hierdoor de respons toeneemt, omdat respondenten in privé-situatie zich mogelijk vrijer voelen om vragen te beantwoorden, zonder medeweten van leidinggevende of collega.

Een andere aanbeveling is een prospectief onderzoek doen. Nader onderzoek naar het effect van maatregelen. Wat is nu precies het effect van diverse maatregelen om hier een efficiënte hiërarchie in aan te brengen. De verzekeringsartsen uit dit onderzoek hebben diverse waardevolle suggesties gedaan, maar welke maatregelen bijvoorbeeld vinden zij het belangrijkste, een soort short list, en welke zijn minder van belang. Hierbij kan dan ook gedetailleerder worden doorgevraagd naar onderwerpen die in dit onderzoek aan het licht gekomen zijn, bijvoorbeeld waaruit blijkt dat de werkgever ruimte en veiligheid biedt om over agressie-incidenten te praten.

Dankwoord

Graag wil ik iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze scriptie. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar:

Mijn collega Egbert Talsma verzekeringsarts en epidemioloog voor zijn hulp bij het opstellen van de vragenlijst en het interpreteren van de statistische analyses en voor zijn commentaar en adviezen bij het schrijven van de scriptie.

Mijn collega Marijke de Haas, secretaresse UWV Leeuwarden, voor haar hulp bij de verspreiding en verzameling van de vragenlijsten.

Jan Prange, verzekeringsarts en mijn praktijkbegeleider van het UWV voor zijn commentaar en adviezen bij het onderzoek.

Dorien Kersten, verzekeringsarts in opleiding UWV Hilversum, voor haar commentaar en adviezen bij het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Mary Nauta, statisticus van de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH) voor het uitvoeren van de statistische analyses voor mijn onderzoek.

Frank van Zwieten, psycholoog en opleider van de NSPOH voor zijn hulp en adviezen bij de onderzoeksopzet, het opstellen van de vragenlijst en het nakijken van mijn scriptie.

Saskia Mesters, psycholoog en vriendin, wil ik danken voor haar optreden als scriptiebegeleidster. Mede door haar hulp, commentaar en adviezen heb ik deze scriptie kunnen schrijven.

Tot slot gaat veel dank uit naar mijn partner en drie kinderen die mij de gelegenheid hebben gegeven om deze scriptie tot stand te brengen.

Literatuurlijst

1. Croon N.H.Th., Langius S.W.T., Agressie in de spreekkamer. Tijdschrift Medisch Contact nr. 18, 1990, blz. 579-582.
2. Martines T. de, Agressie in de praktijk van de bedrijfsarts, Vragenlijstonderzoek. Onderzoeksscriptie bedrijfsartsenopleiding, Nijmegen, 2001.
3. Martines T. de, Agressie en pressie in de praktijk van de bedrijfsarts. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 10, nr. 4, 2002, blz. 100-103.
4. Buijssen H., Buis S., Uit de praktijk, indringende ervaringsverhalen van artsen en een gids voor zelfhulp en nazorg na incidenten. Nijmegen, De Stiel, 2003.
5. Lange E. de, Agressiebeleid, hoe om te gaan met incidenten, geweld en agressie door externe klanten?. UWV F&I, 2004.
6. Cramer P.M., Croon N.H.Th., Hullen H.J., Dilemma voor de verzekeringsarts: met alle geweld in de WAO?. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde 13, nr. 3, 2005, blz. 83-87.
7. Binsbergen D.A, Het "voorkomen" van agressief gedrag van ziektewetcliënten in de verzekeringsgeneeskundige praktijk. Tijdschrift Verzekeringsgeneeskunde 1990, 29, blz. 154-160.
8. Bekendam G.J.A, Lopes Cardozo S.M.E., Agressie en geweld in de praktijk van artsen. Ook van belang voor bedrijfsartsen?, Onderzoeksscriptie Corvu, Amsterdam, 1998.
9. Evers G., LAD-enquete: geweld in de praktijk van de arts, LAD, Utrecht, 1999.
10. Van der Velden P.G, Kleber R.J., Hazen J.H.M., Eikenbroek H.J., Lastige klanten, Agressie en ander geweld. 2004, Instituut voor Psychotrauma, Zaltbommel.
11. Pijnenburg M, Leget C, Agressie in het ziekenhuis. Ethische aspecten van ondervinden, reageren en voorkomen. Uitgeverij DAMON Budel, 2005.
12. Huijzer H, syllabus: training voorkomen en hanteren van lastig gedrag voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.
13. Orlemans & Orlemans, Omgaan met Agressie en Zelfmanagement, cursistenboek, bureau Orlemans & Orlemans- Nijmegen, 2003.
14. Groot K., Waar halen ze het lef vandaan?, Omgaan met agressief gedrag. Thema, uitgeverij Schouten & Nelissen, Zaltbommel, 2002.
15. nota Agressiebeleid UWV, Agressiebeleid, Hoe om te gaan met incidenten, geweld en agressie door externe klanten?, uitgever UWV F&I, maart 2005.
16. Hoven, R., Onderzoek naar de gevolgen van agressie in de eigen werksituatie van bedrijfsartsen. Onderzoeksscriptie bedrijfsartsenopleiding, Nijmegen, 2005.
17. Van Dam Y., Engelen M., Evaluatie van de Arbowet inzake ongewenste omgangsvormen, Eindrapport. Een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2004.
18. Van den Bossche S., Smulders P., Agressieve klanten vergallen het werk. Staatscourant nr. 27, 10-2-2004, blz. 6
19. Geen agressie op de werkvloer. Artikel uit U&UWV tijdschrift augustus 2004, blz. 24-25.
20. Oordeel over bejegening door artsen en arbeidsdeskundigen. Artikel uit U & UWV tijdschrift maart 2006, blz. 18-19.
21. Lutke Schipholt I., Agressie tegen artsen, geweld is moeilijk in kaart te brengen. Tijdschrift Medisch Contact nr. 38, 2001, blz. 1363-1365.
22. Giesen P., Mokkink H., Hensing M., Een mythe ontzenuwd, Patiënten benaderen de huisarts zelden agressief. Tijdschrift Medisch contact nr. 41, 2003, blz. 1572-1574
23. UWV jaarverslag 2005.

24. De maakbare overheid, Verslag van de Nationale Ombudsman over 2005.
25. Arbeidsinspectie, Interne instructie Agressie & Geweld, 2005.

Internetsites: www.uwv.nl
www.minszw.nl
www.uwv.nl
www.arbo.nl
www.ivp.nl
www.lastiggedrag.nl

Bijlagen

Bijlage 1 Begeleidende brief vragenlijst

Agressie in de spreekkamer kan ons allemaal overkomen!

Leeuwarden, november 2005

Geachte collega,

Mijn naam is Esmeralda Wekker en ik ben werkzaam bij UWV Leeuwarden. In het kader van mijn opleiding tot verzekeringsarts aan de NSPOH te Amsterdam verricht ik onderzoek naar agressie, geweld en intimidatie in de praktijk van de verzekeringsarts werkzaam bij UWV.

De reden om voor dit onderwerp te kiezen, is dat ik persoonlijk ervaring heb met agressie in de spreekkamer. Daarnaast viel mij op tijdens het volgen van een agressiecursus van de NSPOH en een agressiecursus via UWV opleidingen, dat daar meerdere artsen waren die soortgelijke of ernstigere ervaringen hadden meegemaakt. Agressief gedrag blijkt dus vaker voor te komen dan ik aanvankelijk dacht. We hebben eigenlijk allemaal wel eens een vorm van agressief gedrag meegemaakt in ons werk. Uit gesprekken met collega´s komt naar voren dat er verschillend over agressie wordt gedacht en dat we ons niet altijd realiseren wanneer we met agressie te maken hebben. Agressie kan in zijn verschillende vormen variëren van een dreigende blik in de ogen tot het laten zien van een wapen aan de arts; van uitschelden, vloeken en schreeuwen tot het fysiek aanvallen van de arts of het meubilair; van het telefonisch of schriftelijk bedreigen van de arts en diens familie tot het fysiek aanvallen van de arts en diens familie in de privé situatie.

Uit literatuuronderzoek valt op dat er relatief weinig onderzoek is verricht naar agressie in de praktijk van de verzekeringsarts. Het laatste onderzoek met cijfermateriaal over verzekeringsartsen dateert uit begin jaren negentig. Sedertdien is de wet en regelgeving en de moraal van de maatschappij behoorlijk veranderd. Met dit onderzoek wil ik in kaart brengen hoe de huidige ervaring met agressie is binnen onze beroepsgroep. Het gaat om een inventarisatie van de mate en vormen van agressie onder verzekeringsartsen werkzaam bij UWV. De resultaten van het onderzoek zullen via uw stafarts worden teruggekoppeld. Indien gewenst, kunt u via uw stafarts een exemplaar van het onderzoeksrapport ontvangen.

Ik verzoek u vriendelijk bijgaande vragenlijst in te vullen en te retourneren met de bijgevoegde antwoordenveloppe. Het invullen van de vragenlijst zal circa 25 minuten in beslag nemen. Uw gegevens uit de vragenlijst worden door mij vertrouwelijk en geanonimiseerd verwerkt.

Mijn hartelijke dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Esmeralda Wekker, verzekeringsarts in opleiding
UWV Leeuwarden

Bijlage 2 Vragenlijst

Agressie in de spreekkamer kan ons allemaal overkomen!

Ik verzoek u vriendelijk deze vragenlijst in te vullen en zo nodig een korte toelichting te geven. De gegevens uit de vragenlijst worden vertrouwelijk en geanonimiseerd verwerkt. De vragenlijst zal gemiddeld ongeveer 25 minuten in beslag nemen.
Wilt u a.u.b. aankruisen wat voor u van toepassing is.

Vragenlijst

Rubriek I: Algemene vragen

Allereerst stel ik u een aantal algemene vragen. Deze vragen zijn bedoeld als referentie en zijn t.b.v. de karakterisering van de populatie.

1. Wat is uw leeftijd? ………… jaar

2. Geslacht
   1. O man
   2. O vrouw

3. Hoelang bent u werkzaam als verzekeringsarts?

   ………… jaar

4. Bent u geregistreerd als verzekeringsarts?
   1. O ja
   2. O nee

5. In welke regio werkt u?
   1. O Noord (Leeuwarden/Groningen)
   2. O Midden (Utrecht)
   3. O Zuid (Roermond/Venlo/Heerlen)
   4. O West (Rotterdam)
   5. O Noord-West (Amsterdam)

6. Is de aard van uw werk WAO/WIA claimbeoordeling?

1. O ja
2. O nee

7. Is de aard van uw werk WAJONG claimbeoordeling?

1. O ja
2. O nee

8. Is de aard van uw werk Ziektewet/Arborol?

1. O ja
2. O nee

Rubriek II: Agressievormen

Er zijn verschillende vormen van agressie bekend, variërend van intimiderend gedrag, schelden en vloeken tot het uiten van bedreigingen en fysiek aanvallen. In de volgende vragen ga ik meer in op details van uw ervaring met agressief gedrag in de spreekkamer van de afgelopen 2 jaar. Er is gekozen voor een periode van 2 jaar, omdat ik van mening ben, dat zo´n termijn voor u over het algemeen goed te overzien is. In de vragen maak ik een onderscheid naar uw subjectieve ervaring en naar de vorm van agressie. Dit onderscheid maak ik, omdat niet iedere arts een incident als agressief ervaart. Als ik het over cliënt heb, kan dit ook betrekking hebben op zijn/haar begeleider of zijn/haar familie.

Ik splits de vragen op in de volgende vormen van agressie:

Intimiderend gedrag:
Onder intimiderend gedrag versta ik bijvoorbeeld een dreigende blik, op het bureau slaan, een derde meenemen, die zich dreigend opstelt, cliënt gaat tijdens het gesprek dreigend staan.

9. Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met intimiderend gedrag door de cliënt?

1. O nul keer
2. O 1 keer
3. O 2 keer
4. O anders, …… keer

10. Indien 1 keer of meer: Kunt u (een) voorbeeld(en) geven van het intimiderend gedrag dat u hebt meegemaakt?

Voorbeeld:

Verbale agressie gericht op de persoon:
Onder verbale agressie gericht op de persoon versta ik bijvoorbeeld vloeken, het uiten van bedreigingen, het uitschelden van arts.

11. Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met verbaal agressief gedrag gericht op de persoon door de cliënt?

1. O nul keer
2. O 1 keer
3. O 2 keer
4. O anders, …… keer

12. Indien 1 keer of meer: Kunt u (een) voorbeeld(en) geven van het verbaal agressief gedrag gericht op de persoon dat u hebt meegemaakt?

Voorbeeld:

Verbale agressie gericht op de organisatie:
Onder verbale agressie gericht op de organisatie versta ik bijvoorbeeld kritiek hebben op het uitvoerend beleid van de arts zoals schelden op de organisatie.

13. Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie door de cliënt?

1. O nul keer
2. O 1 keer
3. O 2 keer
4. O anders, …… keer

14. Indien 1 keer of meer: Kunt u (een) voorbeeld(en) geven van het verbaal agressief gedrag gericht op de organisatie dat u hebt meegemaakt?

Voorbeeld:

<u>Fysiek geweld in de spreekkamer:</u>
Onder fysiek geweld in de spreekkamer versta ik bijvoorbeeld de arts over het bureau trekken, de arts slaan met de handen of een voorwerp, met meubilair smijten of een meegebracht wapen trekken.

15. Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met fysiek geweld in de spreekkamer door de cliënt?

1. O nul keer
2. O 1 keer
3. O 2 keer
4. O anders, …… keer

16. Indien 1 keer of meer: Kunt u (een) voorbeeld(en) geven van het fysiek geweld in de spreekkamer dat u hebt meegemaakt?

Voorbeeld:

<u>Fysiek geweld buiten de spreekkamer:</u>
Onder fysiek geweld buiten de spreekkamer versta ik bijvoorbeeld de arts in de wachtkamer opwachten en aanvallen, de arts na werktijd opwachten en aanvallen of de arts in zijn privé-omgeving opwachten en aanvallen en/of bedreigen.

17. Hoe vaak heeft u de afgelopen 2 jaar in uw werk te maken gehad met fysiek geweld buiten de spreekkamer door de cliënt?

1. O nul keer
2. O 1 keer
3. O 2 keer
4. O anders, …… keer

18. Indien 1 keer of meer: Kunt u (een) voorbeeld(en) geven van het fysiek geweld buiten de spreekkamer dat u hebt meegemaakt?

Voorbeeld:

19. Welke van de aangegeven agressieve gedragingen heeft u als meest agressief ervaren? En waarom juist dit gedrag?

Als meest agressief ervaren gedrag:

Juist dit gedrag, omdat:

Over het algemeen raken de meeste mensen gespannen van agressie. Ook de mensen, die zich uit een agressie-incident goed weten te redden. Confrontatie met geweld raakt de persoon altijd en men kan er door uit balans raken. Ook bij lichtere vormen van geweld kan dit gebeuren. Door actief met deze stress en spanning aan de slag te gaan, kan men ervoor zorgen, dat men zich minder machteloos voelt

20. Hoe zou u omschrijven, wat dit door u als meest agressief ervaren gedrag met u deed? *(meerdere antwoordmogelijkheden kunnen aangekruist worden)*

1. O ik was van streek na afloop
2. O ik ben er schrikachtig door geworden
3. O ik kan steeds minder goed tegen agressie
4. O ik ben banger dan voorheen
5. O mijn plezier in mijn werk heeft er onder te lijden
6. O ik was een korte tijd uit balans, maar daarna voelde ik me weer als vanouds
7. O ik heb meer zelfvertrouwen
8. O ik wen aan stress
9. O ik voel mij sterker dan voorheen
10. O anders: …………………………………………………...

Een lastige cliënt met agressief gedrag tijdens het spreekuur geeft spanning en stress. Dat merkt men op het moment zelf en na afloop. Een stressreactie kan langer voortduren. Over het algemeen gaan mensen automatisch activiteiten doen om er even niet aan te denken. Men gaat situaties uit de weg, vaak niet bewust, omdat die stress oproepen.

21. Hoe gaat u zelf in het algemeen met uw emoties om?
(meerdere antwoordmogelijkheden kunnen aangekruist worden)

1. O ik ben geen prater
2. O ik slik mijn emoties door
3. O ik val er niemand mee lastig
4. O ik stop ze weg
5. O ik vertoon vluchtgedrag bijvoorbeeld veel roken, veel drinken, excessief sporten, computerspelletjes spelen, etc.
6. O ik praat van me af
7. O ik zoek steun in mijn naaste omgeving
8. O ik ga sporten
9. O ik trek me terug
10. O anders: …………………………………………….

22. Hoe reageerden uw collega´s onderling op het agressie-incident met het door u als meest agressief ervaren gedrag?
(meerdere antwoordmogelijkheden kunnen aangekruist worden)

1. O ik kreeg te horen wat ik anders had moeten doen
2. O ze vonden dat ik me niet moest aanstellen
3. O als je er niet tegen kunt, moet je maar ander werk zoeken
4. O er werden flauwe grappen gemaakt
5. O ze deden net alsof er niets was gebeurd
6. O ik werd goed opgevangen door mijn collega´s
7. O ik kreeg voldoende ondersteuning van mijn leidinggevende
8. O ze reageerde begripvol en het incident werd besproken
9. O mijn spreekuren zijn tijdelijk overgenomen
10. O er werd nadere actie door de organisatie ondernomen zoals er werd aangifte bij de politie gedaan
11. O anders: …………………………………………………………………

23. Vindt u, dat er binnen uw kantoor voldoende ruimte en veiligheid is om over agressie-incidenten te praten?

1. O ja
2. O nee
3. O geen mening

24. Wat kan er volgens u verbeterd worden?

Suggesties voor verbetering:

* Bronvermelding: in de vragenlijst is vanaf de tussentekst ter inleiding op vraag 20 tot en met vraag 22, gebruik gemaakt van boek "Lastige klanten, agressie en ander geweld" door P.G. van der Velden, etc., Instituut voor Psychotrauma. Vraag 20 t/m 22 zijn deels hieruit overgenomen.

U kunt de ingevulde vragenlijst in bijgevoegde antwoordenveloppe terugsturen.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Esmeralda Wekker
Arts UWV Leeuwarden

Agressie in de spreekkamer kan ons allemaal overkomen!

Bijlage 3 Tabel 12 tot en met tabel 17

Tabel 12 Samenhang tussen agressie en leeftijd

		Leeftijd
Intimiderend gedrag	Pearson Correlation	-,11
	Sig. (2-tailed)	,28
	N	103
Verbale agressie persoon	Pearson Correlation	-,06
	Sig. (2-tailed)	,55
	N	98
Verbale agressie organisatie	Pearson Correlation	-,08
	Sig. (2-tailed)	,50
	N	77
Fysiek geweld in spreekkamer	Pearson Correlation	-,15
	Sig. (2-tailed)	,12
	N	109
Fysiek geweld buiten spreekkamer	Pearson Correlation	-,06
	Sig. (2-tailed)	,56
	N	109

Tabel 13 Samenhang agressie en geslacht

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Intimiderend gedrag	-,90	101	,34
Verbale agressie persoon	,77	96	,44
Verbale agressie organisatie	,25	75	,81
Fysiek geweld in spreekkamer	-,47	107	,64
Fysiek geweld buiten spreekkamer	,63	107	,530

Tabel 14 Samenhang agressie en werkervaring

		Werkervaring
Intimiderend gedrag	Pearson Correlation	-,12
	Sig. (2-tailed)	,23
	N	103
Verbale agressie persoon	Pearson Correlation	-,15
	Sig. (2-tailed)	,14
	N	98
Verbale agressie organisatie	Pearson Correlation	-,08
	Sig. (2-tailed)	,48
	N	77
Fysiek geweld in spreekkamer	Pearson Correlation	-,13
	Sig. (2-tailed)	,19
	N	109
Fysiek geweld buiten spreekkamer	Pearson Correlation	-,15
	Sig. (2-tailed)	,12
	N	109

Tabel 15 Samenhang agressie en WAO/WIA werkzaamheden

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Intimiderend gedrag	,17	101	,86
Verbale agressie persoon	,01	96	,99
Verbale agressie organisatie	,60	75	,55
Fysiek geweld in spreekkamer	-,47	107	,64
Fysiek geweld buiten spreekkamer	,56	107	,58

Tabel 16 Samenhang agressie en Ziektewet/Arborol werkzaamheden

	t-test for Equality of Means		
	t	df	Sig. (2-tailed)
Intimiderend gedrag	-,11	101	,92
Verbale agressie persoon	,44	96	,66
Verbale agressie organisatie	-,62	75	,54
Fysiek geweld in spreekkamer	,46	107	,65
Fysiek geweld buiten spreekkamer	,02	107	,99

Tabel 17 Onderlinge samenhang agressievariabelen zonder uitbijters

		Fysiek geweld in spreekkamer	Fysiek geweld buiten spreekkamer
Intimiderend gedrag	Pearson Correlatie	,16	,16
	Sig. (2-tailed)	,11	,12
	N	100	100
Verbale agressie persoon	Pearson Correlatie	,20*	,08
	Sig. (2-tailed)	,05	,46
	N	95	95
Verbale agressie organisatie	Pearson Correlatie	-,09	-,07
	Sig. (2-tailed)	,43	,56
	N	74	74
Fysiek geweld in spreekkamer	Pearson Correlatie	1	,04
	Sig. (2-tailed)		,68
	N	106	106
Fysiek geweld buiten spreekkamer	Pearson Correlatie	,04	1
	Sig. (2-tailed)	,68	
	N	106	106